

Bachelorarbeit

Kinder und ihre Eltern

Ergotherapeutische Unterstützung von Eltern mit einem Kind mit ADHS

Anna Ruch
ER08a
Chrattenstrasse 5
CH-8553 Harenwilten
079 289 74 62
ruchann@students.zhaw.ch
Matrikelnummer: S08257677

Denise Zumkehr
ER08a
Schaffhausenstr. 112
CH-8412 Aesch b. Neftenbach
077 461 75 82
zumkeden@students.zhaw.ch
Matrikelnummer: S08257271

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2008
Eingereicht am:	20.05.2011
Betreuende Lehrperson:	Andrea Citrini



Abbildung 1

„Es gibt keine perfekten Eltern und keine perfekten Kinder, aber alle Eltern können gut genug sein.“ (Bruno Bettelheim; zit. nach Jesper, 2006, S. 74)

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	5
1. EINLEITUNG	6
2. Hintergrundinformationen und Begriffserklärung.....	7
2.1 Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	7
2.2 Ritalin.....	10
2.3 Das ergotherapeutische Modell von Chu & Reynolds.....	11
“Delineation Model of Practice”	11
2.4 Anforderungen des Krankheitsbildes an die Eltern	12
3. Problemstellung	15
3.1 Wissenslücke	15
4. Zielsetzung	17
5. Fragestellung.....	17
6. HAUPTTEIL	18
6.1 Methodisches Vorgehen.....	18
6.2 Kriterien zur Auswahl und Bearbeitung der Literatur.....	19
6.3 Zusammenfassung der Hauptstudien.....	22
6.3.1 A qualitative Study of Families and Children Possessing Diagnoses of ADHD.....	22
Firmen & Philips (2009)	22
6.3.2 A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD	24
Kendall & Shelton (2003).....	24
6.3.3 The Outcome of Group Parent Training for Families with Children with Attention Deficit/hyperactivity Disorder and Defiant/aggressive Behavior.....	28
Danforth, Harvey, Ulasek & McKee (2006).....	28
6.3.4 Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder...	31
Treacy, Tripp & Baird (2005).....	31
6.3.5 Will the „Real Boy“ Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD.....	34
Singh (2005).....	34
6.4 Wichtige Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung.....	36
7. DISKUSSION	39
7.1 Individuelle Bedürfnisse	39
7.2 Vorhandene Bewältigungsstrategien.....	40

7.3 Elterntraining.....	41
7.4 Unterschied Mütter Väter	44
7.5 Übertragbarkeit in die Schweiz.....	45
7.6 Übersicht der diskutierten Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung	45
8. Transfer der Ergebnisse in die ergotherapeutische Praxis	47
8.1 Phase 1: Multidimensionale Evaluation.....	49
8.2 Phase 2: Behandlungsplanung mit den Eltern.....	49
8.3 Phase 3: Multimodale Intervention.....	50
9. Schlussfolgerung	54
10. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	56
11. ANHANG.....	57
11.1 Angabe der Anzahl Wörter der Bachelorarbeit	57
11.2. ADHS Diagnosekriterien	58
11.2.1 DSM-IV	58
11.2.2 Invalidenversicherung Schweiz	59
11.3 Die verschiedenen Faktoren des Delineation Model of Practice	60
11.4 Kritische Beurteilung der Studien.....	62
11.4.1 A qualitative Study of Families and Children Possessing Diagnoses of ADHD.....	62
Firmin & Philips (2009)	62
11.4.2 A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD	64
Kendall & Shelton (2003)	64
11.4.3 The Outcome of Group Parent Training for Families with Children with Attention Deficit/hyperactivity Disorder and Defiant/ aggressive Behavior.....	66
Danforth, Harvey, Ulaszek & McKee (2006).....	66
11.4.4 Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder	67
Treacy, Tripp & Baird (2005).....	67
11.4.5 Will the „Real Boy“ Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD.	70
Singh (2005)	70
11.5 Buchempfehlungen von Elpos	73
12. LITERATURVERZEICHNIS	75
12.1 Abbildungsverzeichnis.....	79

Abstract

Thema: Das Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern bringt für Eltern erhöhte Anforderungen in der Erziehung mit. Diese können zu erhöhten Belastungen führen und den Alltag erschweren.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es zu verstehen, wie Eltern mit den Anforderungen der ADHS-Symptome umgehen und aufzuzeigen, wie die Eltern in der Ergotherapie unterstützt werden können.

Methode: Für die Studiensuche wurden die Datenbanken CINAHL, MedlineOvidSP, OTDBASE, OTseeker und das Journal of Attention Deficit Disorder durchsucht. In Medizin- und Psychologie-Datenbanken lag der Fokus auf dem Umgang der Eltern mit Kindern mit ADHS. Anhand des ergotherapeutischen Modells für Kinder mit ADHS von Chu & Reynolds (2007) wird ein möglicher ergotherapeutischer Behandlungsprozess aufgezeigt.

Relevante Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern unterschiedlich mit den Anforderungen umgehen und die Unterstützungsbedürfnisse individuell sind. Die Wirksamkeit der Interventionen und die Ansichten über die Behandlung mit Ritalin sind für Mütter und Väter unterschiedlich. Elterntrainings, die Aufklärung über das Krankheitsbild, die Stärkung der eigenen Ressourcen, die Erarbeitung von Strukturen und Routinen sowie die Unterstützung bei der Entscheidung über die Ritalinbehandlung erwiesen sich als unterstützend.

Schlussfolgerung: Die Elterntrainings benötigen weitere Forschung. Für evidenzbasierte Interventionen wären ergotherapeutische Studien über die erarbeiteten Unterstützungsmöglichkeiten aufschlussreich.

Keywords: ADHD, child, parents, parental work, coping, challenge, occupational therapy

1. Einleitung

Das Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat diagnostisch, pädagogisch sowie therapeutisch an Bedeutung gewonnen (Becker & Steding-Albrecht, 2006). Von diesem Krankheitsbild sind nicht nur die Kinder selbst betroffen, sondern auch deren soziales Umfeld wie die Familie oder die Lehrer und die Schulkameraden. Besonders die Eltern werden rund um die Uhr gefordert (Neuhaus, 2002). Baker (1994) und Du Paul, Mc Goey, Eckert & van Brakle (2001) beschrieben, dass aufgrund der Schwierigkeiten mit Kindern mit ADHS vermehrt belastende Situationen in der Familie entstehen.

Nach Segal (1998) stellt die Familie für ein Kind die nächste soziale und kulturelle Umwelt dar und die Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen. Sie sind diejenigen, welche das Kind am besten kennen und es am häufigsten im Alltag erleben (Neuhaus, 2002).

In der ergotherapeutischen Praxis ist die Elternarbeit zu einem zentralen und bedeutungsvollen Aspekt geworden (Becker & Steding-Albrecht, 2006). Nach dem kanadischen Modell werden die Eltern in der Ergotherapie als „erweiterter Klient“ angesehen (Fichtner, Brügggen & Huber, 2005). Aus diesem Grund ist die Arbeit mit Eltern mit einem Kind mit ADHS für die ergotherapeutische Praxis ein relevanter und interessanter Aspekt. Um nützliche Elterninterventionen zu gestalten, ist es laut Kendall & Shelton (2003) relevant, das Zusammenspiel von ADHS-Symptomen und dem Familienleben zu verstehen. Auf dieses Zusammenspiel und auf mögliche Unterstützungsmassnahmen für die Eltern wird der Schwerpunkt der Literatursuche gelegt. Auf die Rolle der Geschwister, auf weitere Umweltfaktoren und auf therapeutische Massnahmen spezifisch für das betroffene Kind wird nicht näher eingegangen. Eltern mit zusätzlichen physischen und psychischen Diagnosen werden als Studienteilnehmer¹ nicht ausgeschlossen. Auf die Einflüsse dieser Faktoren wird jedoch nicht näher eingegangen und für die Interventionen nicht speziell berücksichtigt, da zu wenig spezifische Studien dazu vorhanden sind.

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit wird nur die männliche Form erwähnt. Der Begriff bezieht sich jeweils auf beide Geschlechter.

2. Hintergrundinformationen und Begriffserklärung

Für ein besseres Verständnis der Problemstellung und der Fragestellung werden zu Beginn Begriffe erklärt und Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild ADHS sowie die daraus entstehenden Anforderungen für die Eltern erläutert. Zudem wird das ergotherapeutische Modell zur Behandlung von Kindern mit ADHS von Chu & Reynolds (2007) vorgestellt, um den Bezug für die Ergotherapie aufzuzeigen.

2.1 Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

2.1.1 Diagnose / Klassifikation

Die Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine psychiatrische Diagnose bei Kindern und Jugendlichen mit den Leitsymptomen Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Diese Symptomkriterien stammen aus den beiden gebräuchlichen Klassifikationssystemen DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association) und dem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases der WHO) (Steding-Albrecht & Becker, 2006).

Das DSM-IV verwendet den Begriff ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), auf Deutsch ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung). Die Hauptsymptome, welche im DSM-IV aufgeführt werden sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Für die Diagnose müssen eines der Hauptsymptome und vier andere Kriterienpunkte erfüllt sein. Einer davon verlangt das Vorhandensein der Symptome vor dem siebten Lebensjahr. Zur Einstufung der ADHS-Symptome existierten zwei Skalen in einer Version für zu Hause und einer Version für die Schule, welche nach den Kriterien des DSM-IV aufgebaut sind. Diese werden von den Eltern, beziehungsweise vom Lehrer ausgefüllt. Dadurch erhält der Therapeut oder Arzt mehr Informationen über das Verhalten der Kinder (Pappas, 2006).

Nach dem ICD-10 werden diese Symptome unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen als hyperkinetische Störung bezeichnet. Diese ist unterteilt in einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), sowie hyperkinetische

Störung des Sozialverhaltens (F90.1).

Das Psycho-Organische Syndrom (POS) ist eine weitere Bezeichnung für das Krankheitsbild. Diese ist jedoch nur in der Schweiz gebräuchlich. Sie wird von der Invalidenversicherung als Geburtsgebrechen anerkannt und ist dadurch unterstützungsberechtigt. Die Symptomkriterien unterscheiden sich nur leicht von den beiden anderen Klassifikationssystemen und müssen vor dem 9. Lebensjahr gestellt werden. Bei normaler Intelligenz müssen Störungen im Verhalten, im Antrieb, beim Erfassen (Wahrnehmung), bei der Konzentration und der Merkfähigkeit vorhanden sein (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2010).

Da sich die meisten Hauptstudien dieser Arbeit auf das DSM-IV abstützen, wird in der gesamten Arbeit der Begriff ADHS verwendet. Die Diagnosekriterien des DSM-IV und des POS sind im Anhang, S. 59 aufgeführt.

2.1.2 Erscheinungsbild

Kinder mit ADHS zeigen je nach Situation unterschiedlich störendes oder auffallendes Verhalten (Winter & Arasin, 2009). Nach dem DSM-IV beginnen die Störungen oft in den ersten fünf Lebensjahren und zeigen sich durch einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen. Dabei wechseln die Kinder häufig die Tätigkeiten ohne etwas zu beenden. Sie handeln spontan und können schlecht abwarten und sind durch äussere Reize rasch ablenkbar. In der Schule zeigt sich Zappeligkeit und Unruhe. Die Kinder rutschen auf dem Stuhl hin und her, spielen mit den Haaren oder laufen ständig umher. Es zeigt sich ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität. Öfters hören sie nicht zu, wenn sie angesprochen werden, oder platzen mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. Aufgaben müssen sie mehrmals lesen, um deren Sinn komplett zu verstehen, und sie können meist nicht zwei Informationen gleichzeitig verarbeiten. Bei der Entwicklung von Arbeitsstrategien und der Arbeitsorganisation haben sie Mühe. Sie neigen zu Unfällen und verstossen eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich gegen Regeln. Zu Erwachsenen kann eine Distanzstörung oder ein Mangel an Vorsicht bestehen. Sie haben teils wenige oder keine Freunde und fügen sich nur mit Schwierigkeiten in Gruppen ein. Nach Zentall (1993; zit. nach Roger, Wiener, Marton & Tannock, 2007, S. 169) brauchen sie

allgemein mehrere Instruktionen zum Erledigen von Aufgaben.

Es treten vermehrt motorische und sprachliche Entwicklungsstörungen sowie Leistungsprobleme in der Schule auf (Becker & Steding-Albrecht, 2006).

Emotional sind die Kinder empfindlicher gegenüber Kritik, haben starke Stimmungsschwankungen und unvorhersehbare Wutanfälle (Winter & Arasin, 2009).

Positive Eigenschaften sind in ihrer Empathie für das Gegenüber, dem Gerechtigkeitssinn und ihrem Humor ersichtlich. Sie haben viel Energie, Vorstellungskraft, ein Gedächtnis für Kleinigkeiten und finden kreative Lösungen (Becker & Steding-Albrecht, 2006).

Die genauen Symptomkriterien aus dem DSM-IV geben weitere Auskunft über das Erscheinungsbild (Anhang, S. 59).

2.1.3 Häufigkeit

Gemäss Wehmeier, Schacht & Barkley (2009) sind zwischen 3 – 7% der Kinder im Schulalter von ADHS betroffen. Da die Untersuchungen gemäss Steinhausen (2005) unterschiedlich angelegt sind und verschiedene Altersgruppen untersucht wurden, variieren diese Prozentangaben je nach Studie. In der Schweiz wurde eine Häufigkeitsrate von 5,2 % im Kanton Zürich erfasst (Steinhausen, 2005). Dabei sind nach Wehmeier et al. (2009) neun Mal mehr Knaben als Mädchen betroffen. Die Diagnose bleibt in 65% der Fälle bis ins Erwachsenenalter bestehen. Bei 80% der Personen mit diagnostiziertem ADHS sind zusätzliche Begleitstörungen wie Depressionssymptome oder Lernschwierigkeiten vorhanden (Wehmeier et al. (2009).

2.1.4 Ursachen

Über die genaue Ursache einer ADHS wird noch geforscht. Nach Winter & Arasin (2009) werden Störungen im Zentralnervensystem sowie genetische, neurobiologische, neuropsychologische und psychosoziale Entstehungsfaktoren vermutet. Durch die neurologische Dysfunktion entstehen Probleme der Aufmerksamkeitskontrolle und der Selbst-/ Verhaltensregulierung (Castellanos, 1997; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S. 374). Gemäss dem biopsychosozialen

Modell von Döpfner, Fröhlich & Lehmkuhl (2000; zit. nach Winter & Arasin, 2009) wirken sich die ADHS-Symptomatik und ungünstige psychosoziale Bedingungen negativ auf die Interaktion mit den Bezugspersonen aus und vermehren Misserfolge. Dies kann die ADHS-Symptomatik wiederum verstärken und zu komorbiden Symptomen und Erscheinungen wie Leistungsschwäche, aggressives Verhalten oder emotionale Störungen führen.

2.2 Ritalin

Das Medikament Ritalin mit dem Inhaltsstoff Methylphenidat ist das in der Schweiz am meisten verabreichte Medikament bei ADHS (Bader, Pierrehumbert, Junier, Halfon, 2005).

Alle hier erwähnten Angaben über das Medikament Ritalin stammen aus dem Arzneimittelkompendium der Schweiz (2006). Darin enthalten sind die in der Schweiz geltenden Bestimmungen und Vorschriften.

Ritalin untersteht dem Bundesgesetz über Betäubungsmittel und psychotrope Stoffe. Es ist somit rezeptpflichtig und nur durch einen Arzt verschrieben erhältlich. Die medikamentöse Behandlung ist eine ergänzende Massnahme in einer umfassenden Behandlung von Kindern mit ADHS.

Das Ritalin ist ein stimulierendes Medikament, welches eine ausgeprägte Wirkung auf mentale sowie motorische Aktivitäten und auf das Verhalten hat.

Es werden verschiedene Nebenwirkungen erwähnt. Die häufigsten sind: Nervosität und Schlaflosigkeit, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit und Rückgang des Appetites. Diese treten meist zu Beginn der Behandlung auf, sind jedoch in der Regel vorübergehend.

In Apotheken sind verschieden schnell und lang wirkende Arten von Ritalin, gegen Vorweisung eines Rezeptes erhältlich.

Ungefähr 80% aller Ärzte aus der Schweiz, welche ADHS behandeln, bieten eine medikamentöse Behandlung an (Bader et al., 2005). Laut einer Studie, welche im Kanton Neuenburg von 1996-2000 durchgeführt wurde, nahm die Verordnung von Ritalin wesentlich zu. Die Zahl der medikamentös behandelten Klienten stieg im Jahr 2000 um 40% an (Bader et al., 2005).

2.3 Das ergotherapeutische Modell von Chu & Reynolds

“Delineation Model of Practice”

Um die spezifische Psychopathologie und den Umgang mit Kindern mit ADHS in einer multidimensionalen Perspektive zu verstehen, wurde von Chu und Reynolds (2007) das Delineation Model of Practice entworfen. Dieses soll Ergotherapeuten bei der Evaluation und Intervention unterstützen. Es bezieht sich auf theoretische Konzepte zum Kind, seiner Umwelt, der Aktivität sowie dem Zusammenhang dieser Faktoren und die Auswirkung auf die Partizipation des Kindes. Dadurch wird aufgezeigt, inwiefern die ADHS die Umwelt des Kindes und seine Performanz in verschiedenen Tätigkeiten beeinflusst.

Die Abbildung des Modells stellt die Interaktion dieser verschiedenen Faktoren dar.

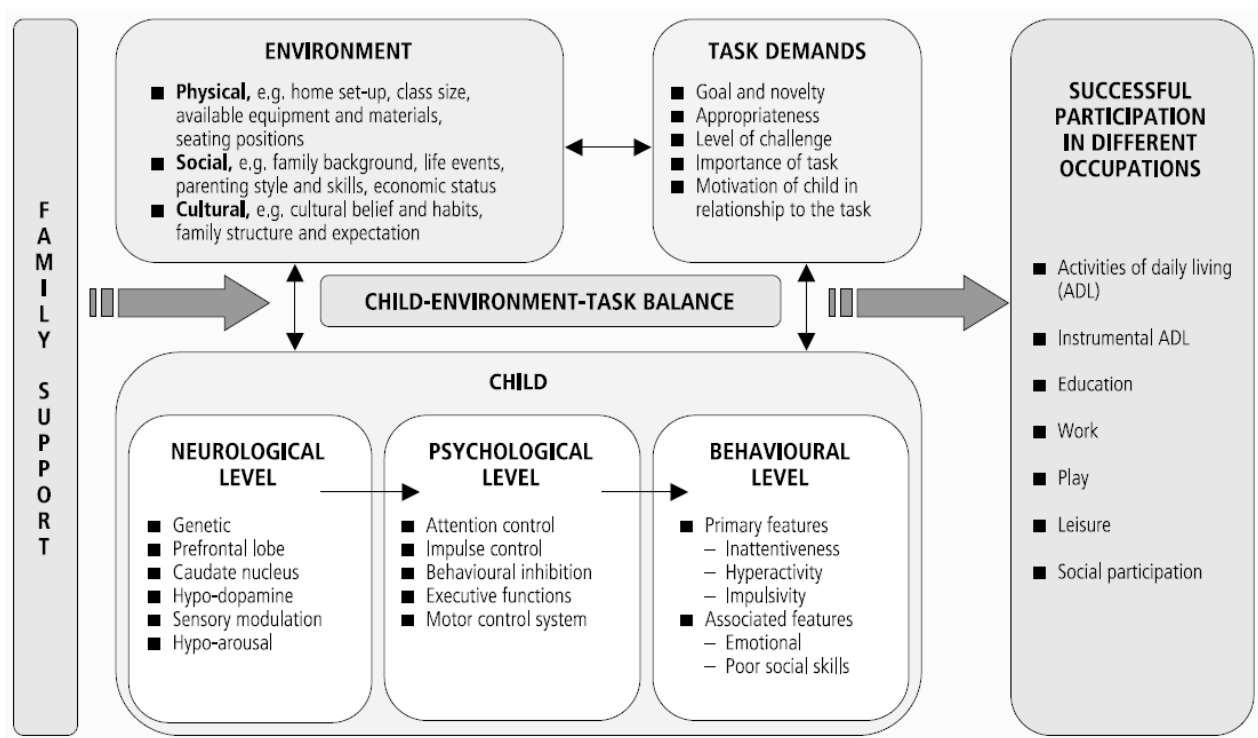


Abbildung 2. Delineation Model of Practice.

Die einzelnen Faktoren sind im Anhang beschrieben (S. 61).

2.3.1 Die Rolle der Familie im Delineation Model of Practice

Im Delineation Model of Practice ist die Unterstützung der Familie ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses, um eine erfolgreiche Partizipation des Kindes zu erzielen. Nach Fowler (1994; zit. nach Kendall & Shelton, 2003, S. 259) ist ADHS eine von der Umwelt abhängige Beeinträchtigung, wobei die Eltern eine der ersten Umweltkomponenten sind. Als Teil der sozialen Umwelt des Kindes beeinflusst die Familie stark die „Kind-Umwelt-Aufgaben Balance“. Chu & Reynolds (2007) orientieren sich im Modell am familienzentrierten Ansatz. Nach Brown, Humphry & Taylor (1997) zeichnet sich dieser dadurch aus, dass Therapeuten Eltern zu gleichwertigen Teammitgliedern befähigen. Hinojosa, Sproat, Mankhetwit & Anderson (2002; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S.375) erwähnen, dass Ergotherapeuten berücksichtigen, dass Eltern die Entwicklung des Kindes stark beeinflussen und dass die Eltern Experten bezüglich der Möglichkeiten und Bedürfnisse ihrer Kinder sind. Sie sagen, dass Therapeuten eine Zusammenarbeit mit den Eltern anstreben, um das Kind mit ADHS im Familiensystem zu unterstützen. Zudem haben Therapeuten die Möglichkeit, Eltern über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und sie während des Interventionsprozesses zu stärken. Dabei wird berücksichtigt, dass jede Familie einzigartig ist (Chu & Reynolds, 2007).

2.4 Anforderungen des Krankheitsbildes an die Eltern

Eltern von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik erleben mehr Belastungen als Eltern mit Kindern ohne Diagnose (Johnston & Mash, 2001; Firmin & Philips, 2003; Treacy, Tripp & Braid, 2005). In der Literatur sind Beschreibungen von erhöhten Anforderungen an die Eltern im Alltag zu finden. Im Folgenden sind die in der Literatur am häufigsten erwähnten Faktoren beschrieben.

Für betroffene Eltern ist es nur schwer möglich, alltägliche Routinen aufrecht zu erhalten und/oder überhaupt aufzubauen (Cronin, 2004). Die Symptomatik der ADHS hat ein grosses Potential, Routinen zu stören und sie zu durchbrechen (Cronin, 2004). Zudem bleibt den Eltern für eigene Bedürfnisse und Tätigkeiten, welche nicht im Zusammenhang mit denen des Kindes stehen, nur wenig Zeit übrig

(Cronin, 2004). Cronin (2004) zitiert die Aussagen betroffener Mütter, welche erzählen, immer wieder zwischen den Bedürfnissen ihrer Kinder und den eigenen entscheiden zu müssen. Diese Abhängigkeit wurde von Wolf-Stegmeier (2001; zit. nach Seifert, 2003, S. 46) folgendermassen formuliert:

„Die Mütter sind in ihrem Tagesablauf abhängig von den Bedürfnissen und Vorgaben der besonderen Kinder. Keiner der beiden ist autonom.“

In betroffenen Familien sind häufig Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion beobachtet worden (Johnston & Mash, 2001). Durch die Symptomatik des Krankheitsbildes zeigen die Kinder vermehrt oppositionelles, unkooperatives und trotziges Verhalten. Die Eltern stossen immer wieder auf Widerstand und gebrauchen vermehrt dysfunktionale Erziehungsmuster (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek & Friedman, 2004). Miranda, Grau, Rosel & Melia (2009) zählen dazu einen zu ernsten Tonfall, mehr negative Bemerkungen und weniger Erklärungen für ihre Befehle an die Kinder. Durch den ständigen Kampf gegen diesen Widerstand kann sich das Kompetenzgefühl der Eltern stark verringern (Similary, Mash & Johnston, 1983; zit. nach Johnston & Mash, 2001, S.194).

Ein weiterer Aspekt, mit welchem sich Eltern von Kindern mit ADHS auseinandersetzen müssen, ist die Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse Behandlung mit Ritalin. Vielen Eltern fällt diese Entscheidung schwer und sie wird als belastend empfunden (Singh, 2005). Es fehlt Forschung über die Nebeneffekte und Langzeitauswirkungen (McKee et al., 2004) und 20-30% der Kinder sprechen nicht auf das Medikament an (DuPaul, Barkley & Connor, 1998; zit. nach Danforth, Harvey, Ulaszek, McKee, 2005). Zudem wollen viele der Kinder, entgegen der Entscheidung der Eltern, kein Ritalin einnehmen (Cunningham, 2007). Dies sind mögliche Überlegungen, welche die Entscheidungsfindung erschweren können.

Nach Strahm (2008) kann sich die erhöhte Belastung auch negativ auf das Eheleben und auf die Beziehung der Eltern zu den Geschwistern auswirken. Weitere äussere Faktoren, wie die soziale Unterstützung (Conlon, Strassle, Vinh & Trout, 2008) oder der ökonomische Status der Familie (Miranda et al., 2009) tragen

ebenfalls zum subjektiven Empfinden der Belastung bei.

Um den Fokus auf das direkte Erleben der Eltern und auf ihren Umgang mit der ADHS-Symptomatik zu legen, wird auf diese äusseren Faktoren nicht näher eingegangen.

3. Problemstellung

Cunningham (2007) betont, dass am meisten für die Kinder mit ADHS erreicht werden kann, wenn der Umweltfaktor Familie in der Therapie berücksichtigt wird. In der Praxis steht jedoch häufig die Behandlung des Kindes im Vordergrund und auf die Schwierigkeiten der Eltern wird weniger eingegangen (Hanna & Rodger, 2002). In der oben genannten Literatur wird ersichtlich, dass zwischen der Diagnose ADHS beim Kind und der erlebten Belastung der Eltern ein Zusammenhang besteht. Nach Kaplan, Crawford, Fisher & Dewey (1998) zeigen mehrere Studien, dass Eltern mit Kindern mit ADHS unter psychischen Belastungen leiden. Die Belastung der Eltern zeigt sich durch vermehrtes bestrafendes Verhalten und vermindertes Eingehen auf die Bedürfnisse der Kinder (Mash & Johnston, 1990). Dieses unangepasste erzieherische Verhalten beeinflusst das negative Benehmen des Kindes verstärkend (Danforth et al., 2005). Verhalten sich die Eltern gegenüber ihrem Kind aus belastungsbedingten Gründen unadäquat, kann sich dies negativ auf die Entwicklung des Kindes mit ADHS auswirken (DuPaul, McGoey, Eckert & VanBrakle, 2001; zit. nach Conlon et al. 2008, S. 183). Dies bestätigt auch Abidin (1990; zit. nach Miranda et al., 2009). Die Autoren Conlon et al. (2008) erwähnen, dass Eltern durch ihr Verhalten den Verlauf des Krankheitsbildes beeinflussen können. Unter dem Aspekt, dass für die Erziehung eine positive Eltern-Kind Beziehung nötig ist, sind dazu Hilfestellungen für die Eltern erforderlich (Neuhaus, 2002). Aus diesen Gründen entsteht die Frage, wie diese Hilfestellung aussieht und die Belastung der Eltern vermindert werden kann.

3.1 Wissenslücke

Die Interventionen der pädiatrischen Ergotherapie tendieren immer mehr in Richtung familienzentrierter Ansatz. Hanna & Rodger (2002) betonen hierbei die Wichtigkeit, die individuellen Bedürfnisse und Prioritäten der Eltern in die Therapie einzubeziehen. Sie erwähnen, dass darüber, wie konkrete ergotherapeutische Interventionen für die Unterstützung der Eltern mit einem Kind mit ADHS aussehen, bisher wenig Forschung betrieben worden ist. Chu & Reynolds (2003) fanden in

Es ist jedoch nicht bekannt, wie die Eltern mit den erhöhten Anforderungen durch die ADHS-Symptome in der Ergotherapie unterstützt werden können. Dazu gehört das Verstehen, wie die Eltern mit dieser Situation umgehen (Rostain, 1993).

Chu & Reynolds (2007) stellen anhand ihres Modells den Einfluss der Familie auf das Kind dar. Die orange markierten Felder in der Abbildung 2 zeigen, wo die Wissenslücke besteht.



4. Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, welche Herausforderungen Eltern von Kindern mit ADHS im Alltag erleben und wie sie damit umgehen. Es soll aufgezeigt werden, wie ergotherapeutische Interventionen für die Unterstützung der Eltern gestaltet werden können.

5. Fragestellung

Wie erleben die Eltern von Kindern mit ADHS im Alter von 4-15 Jahren den Alltag und wie kann der Ergotherapeut sie unterstützen, mit den Herausforderungen der Symptome des Krankheitsbildes umzugehen?

6. Hauptteil

6.1 Methodisches Vorgehen

Aufgrund der Fragestellung erfolgte eine Literaturrecherche nach quantitativen und nach qualitativen Studien und Reviews.

Es wurden hauptsächlich die Datenbanken CINAHL und MedlineOvidSP sowie die spezifisch ergotherapeutischen Datenbanken OTDBASE und OTseeker und das „Journal of Attention Deficit Disorder“ genutzt, um mögliche Studien zu ergotherapeutischen Interventionen bei betroffenen Eltern zu finden. In Medizin- und Psychologie-Datenbanken (Pubmed, ABI, AMED, Cochrane Library, ERIC, Francis, PsycInfo, Psynindex, PsycArticles, PsycExtra) wurde der Fokus auf das Thema Stressbewältigung bei Eltern mit Kindern mit ADHS und auf das Erleben der Herausforderungen im Alltag gelegt. Dazu wurde mit folgenden Keywords gesucht:

Deutsch	Englisch	Synonyme	Mesh Terms
ADHS	ADHD	attention deficit; neurobehavioral developmental disorder	attention deficit hyperactivity disorder
Kind	child	children, kid, Infant,	child, infant
Eltern	parents	parenthood, mother, father, family	parents
Elternarbeit	parental work	parental support, education, collaboration, cooperation, effort of parents, parental involvement, family intervention, family centred therapy	parents und Subheading „education“
Herausforde- rung	challenge	demands, needs, stress, stressfactors, burden, strain	psychological Stress
Bewältigung	coping	dealing, strategies, family management	coping
Ergotherapie	occupational therapy	therapist, therapeutic, intervention	occupational therapy

Die Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren AND, OR und NOT verknüpft. Zweiteilige Wörter und flexible Wortwendungen wurden jeweils mit Trunkierungszeichen eingegeben. Für die Suche wurden neben den Keywords

MeshTerms sowie je nach Datenbank die Funktionen „Explode“ oder „Focus“ und weitere Eingrenzungsmöglichkeiten (Limits) wie die Altersangabe der Kinder verwendet.

Aufgrund dieser Suche wurden 37 mögliche passende qualitative und quantitative Studien und 39 Reviews gefunden, welche im Endnote-Web gesammelt wurden.

6.2 Kriterien zur Auswahl und Bearbeitung der Literatur

Zur Auswahl der fünf Hauptstudien dieser Arbeit sollten nur Studien, welche sich auf Familien mit Kinder mit ADHS beziehen, berücksichtigt werden. Fachliteratur über Elterninterventionen bei Kindern mit anderen spezifischen Krankheitsbildern wurden ausgeschlossen. Um den Fokus auf die Eltern legen zu können, wurden auch ergotherapeutische Interventionen nur für das Kind nicht berücksichtigt. Die Hauptstudien sollen nicht vor dem Jahr 2000 entstanden sein, um den aktuellen Lebensanforderungen von Eltern gerecht zu werden.

Um die Erfahrungen der erhöhten Anforderungen und Bewältigungsstrategien der Eltern zu untersuchen, wurde der Fokus auf qualitative Studien gelegt. Nach Polit, Beck & Hungler (2004) erbringt die Untersuchung von Personen in der qualitativen Forschung ein ganzheitliches Verständnis für ein Phänomen. Zur Untersuchung von effektiven Unterstützungsmöglichkeiten für die Eltern lag der Fokus auf quantitativen Studien. Diese verfolgen das objektive Nachweisen der Wirksamkeit von Interventionen (Polit et al., 2004).

Nach dem Berufsprofil der Ergotherapie (2005) soll ein Therapeut die Komplexität des Umfeldes des Klienten erfassen. Deshalb war es ein weiteres Anliegen für die Auswahl der Hauptstudien, dass möglichst viele Aspekte der Belastung für die Eltern und unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Dadurch sollte ein breites, umfassendes Bild auf die Fragestellung gegeben werden und eine solide Grundlage zur ergotherapeutischen Diskussion entstehen.

Die Vorrecherche ergab keine schweizerischen Studien zu der Fragestellung. Aus der Literatur sollen jedoch Unterstützungsmöglichkeiten für die Ergotherapie in der Schweiz ableitbar sein. Deshalb werden Studien aus westlich geprägten Kulturen berücksichtigt.

Zur Übersicht der Auswahlkriterien wurde folgende Tabelle nach Taylor, C.M. (2007) erstellt:

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Teilnehmer/innen	Eltern von Kinder mit ADHS	Eltern von Kinder mit anderen Beeinträchtigungen
Intervention	Zur Unterstützung der Eltern	Intervention nur für das Kind
Outcomes	Stressbewältigung und -reduktion für die Eltern, Verständnis für ihre Schwierigkeiten/Situation, Einsicht in das Familienleben	Keine Veränderung für Eltern, nur Veränderung des Verhalten des Kindes
Jahr der Studie	2000-2010	Älter als 2000
Alter der Kinder mit ADHS	4-15 Jahre (Kindergarten bis Ende Oberstufe)	0-4; älter als 18 Jahre
Studiendesign	Qualitativ und Quantitativ	Einzelfallstudien
Stichproben-grösse	Mind. 15 Familien	Weniger als 15 Familien
Stichproben-herkunft	Europa, USA / Kanada oder Australien / Neuseeland (westlich geprägte Kulturen)	Alle anderen Länder

Bei der Studiauswahl nach den aufgeführten Kriterien wurden drei Studien gefunden, welche ausser dem Alter der Kinder alle Einschlusskriterien erfüllten. Da die Resultate weitgehend die Fragestellung beantworten, wurden diese trotzdem eingeschlossen. Zwei weitere Studien erfüllten alle Auswahlkriterien. Die anderen Studien wurden ausgeschlossen. Studien über konkrete Interventionen der Ergotherapie für Eltern mit Kindern mit ADHS wurden nicht gefunden. Aus diesem Grund soll anhand des Delineation Model of Practice von Chu & Reynolds (2007) und den ausgewählten Hauptstudien ein möglicher Behandlungsplan für die Ergotherapie diskutiert werden. Dabei wurde Sekundärliteratur zum familienzentrierten Ansatz in der Ergotherapie beigezogen, an welchem sich auch das Modell von Chu & Reynolds (2007) orientiert.

Die Reviews wurden nach denselben Kriterien ausgewählt, wobei zur Unterstützung der Primärliteratur auch ältere Reviews berücksichtigt wurden. Für weitere Literatur waren die Vereine ADHS-Schweiz und Elpos eine hilfreiche Quelle sowie Tertiärliteratur und sonstige Bücher zum Krankheitsbild ADHS.

Zur genauen Erfassung der Qualität der Studien wurden die Formulare zur

Beurteilung quantitativer Studien und qualitativer Studien von Law, Stewart, Pollok, Letts, Bosch und Westmorland (1998) beigezogen, welche jeweils im Anhang (ab S. 63) zu jeder Hauptstudie zu finden sind.

6.3 Zusammenfassung der Hauptstudien

Im Folgenden werden drei qualitative Studien zum Hintergrund der Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien der Familien mit Kindern mit ADHS und zwei quantitative Studien über Elterntrainings vorgestellt. Diese sollen zur Beantwortung der Fragestellung dienen.

6.3.1 A qualitative Study of Families and Children Possessing Diagnoses of ADHD

Firmin & Philips (2009)

Firmin & Philips (2009) wollen in ihrer Studie die Ergebnisse von Segal & Frank (1998) bestätigen. Sie hat zum Ziel, die täglichen Erfahrungen und Schwierigkeiten von Familien mit Kindern mit ADHS zu beschreiben und ihre Anpassungen der täglichen Routinen und Strategien zu erfassen. Anhand verschiedener Literaturangaben begründen sie ihr Ziel. Sie sehen die familienzentrierte Arbeit als wichtigen Aspekt für eine erfolgreiche Intervention bei Kindern mit ADHS. Dabei legen sie den Fokus auf die Tagesstruktur der Familie, welcher bisher wenig erforscht wurde. Nach Segal & Frank (1998) ist besonders für die Ergotherapie das Einbringen der Aktivitäten in die vorhandene Tagesstruktur von grosser Bedeutung. Durch die Befragung von 17 Familien zeigte sich, dass die Eltern stark am Leben ihrer Kinder mit ADHS beteiligt sind. Sie sind bemüht, ihre Kinder in ihrer Handlung zu unterstützen. Die Forscher untersuchten die unterschiedlichen Schwierigkeiten der Tageszeiten: den Morgen, den Nachmittag und die Bettzeit. Für fünf Familien erwies sich die Zeit am Morgen am schwierigsten, da sich die Eltern zu dieser Zeit selber für die Arbeit zurecht machen und gleichzeitig die Kinder für die Schule bereit sein müssen.

Bei neun Familien stellte sich der Nachmittag als die anspruchsvollste Zeit heraus, da die Kinder nach der Schule die nötige Energie nicht mehr haben, sich zu Hause nochmals zu konzentrieren und die Hausaufgaben zu machen. Die Bettzeit war für drei Eltern die anstrengendste, da sie abends selber müde sind und weniger Geduld haben für das schwierige Verhalten der Kinder. Eine Mutter berichtete, dass ihr Sohn

besonders abends hyperaktiv sei und deshalb nicht schlafen gehe. In der Studie von Segal & Frank (1998) waren es hauptsächlich die Nachmittage, welche am schwierigsten für die Eltern sind.

Ähnlich wie in Segal & Franks (1998) Forschung zeigt sich, dass Eltern Strukturen und Routinen für die Bewältigung schwieriger Tageszeiten nutzen, was die Ergebnisse der Vorgängerstudie bestätigt. Die Eltern verwenden beispielsweise Notizbücher, Post-its, Kalender oder Wandtafeln, auf welchen die zu erledigenden Aufgaben festgehalten werden. Verstärkersysteme mit Sticker für erwünschtes Verhalten des Kindes werden ebenfalls oft genutzt. Es ist ersichtlich, dass hauptsächlich visuelle Strategien genutzt werden, welche auch für das Kind sichtbar sind. Eine Mutter richtete sich ihre morgendliche Routine so ein, dass sie immer als erstes duschen konnte, um danach Zeit nur für den Sohn zu haben. Zudem nutzen Eltern verbale Anweisungen, um das positive Verhalten der Kinder und dadurch ihre Aktivitäten zu unterstützen. Manche richteten das Schlafzimmer des Kindes reizarmer ein und geben einfachere, klare Instruktionen. Somit passen die Eltern ihr Verhalten dem des Kindes an. Zusammenfassend bestätigte die Studie die Resultate von Segal & Frank (1998). Alle waren über das Krankheitsbild ADHS informiert und bemüht, Adaptationen in der Familie einzuführen. Die Resultate geben ein besseres Verständnis für den Alltag der Familien mit einem Kind mit ADHS und sie zeigen, dass viele Eltern selbst Strategien nutzen, um einen reibungslosen Tagesablauf zu gestalten. Die Wichtigkeit der Bewältigungsstrategien für diese herausfordernde Tageszeiten der Eltern ist erkennbar.

Durch das phänomenologische Studiendesign nutzen die Forscherinnen eine geeignete Methode, um das Erleben der Eltern zu erfassen. Die Eltern konnten durch das 30-40 minütige offene Interview frei von ihren Erfahrungen erzählen. Den Prozess der Datenerhebung haben die Autorinnen genau beschrieben. Vor den Interviews befassten sich die Forscher mit dem Thema der Studie. Welche Ausbildung und persönlichen Ansichten die Forscher zum Thema der Studie haben, ist jedoch nicht angegeben. Zur Datenanalyse wurde ein Kodierungssystem verwendet, welches an dasjenige von Segal & Frank (1998) angelehnt ist. Segal & Frank beschreiben dies in ihrer Studie genauer. Durch regelmässige

Zusammentreffen der Forscher und gegenseitigem „member checking“ besteht die Vertrauenswürdigkeit der Studie. Die Resultate sind konsistent und widerspiegeln die Aussagen der Eltern.

Da die Familien aus den USA und bei Segal (1998) aus Kanada stammen und einen ähnlichen kulturellen und sozialen Hintergrund haben, ist jedoch die Übertragung der Resultate auf die Allgemeinheit kritisch zu betrachten. Die Eltern sind Mitglieder von ADHS- Vereinen, wodurch sie gut über das Krankheitsbild informiert und engagiert sind. Dies hat Einfluss auf die Anwendung und den Umgang mit der schwierigen Situation. Auch die kleine Stichprobenauswahl erschwert die Übertragung der Resultate. Jedoch stärken sie die externe Validität der qualitativen Studie von Segal & Frank (1998). Mehr Forschung erachten die Autorinnen als notwendig.

6.3.2 A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD

Kendall & Shelton (2003)

Die Studie von Kendall & Shelton untersucht die Auswirkungen des Krankheitsbildes ADHS auf das Familienleben. Sie ist Teil eines grösseren Forschungsprogramms, welches untersucht, wie Familien mit dem anspruchsvollen Krankheitsbild umgehen. Die Autoren beziehen sich dabei auf verschiedene Studien, welche bestätigen, dass betroffene Eltern und Geschwister eine vermehrte Belastung erleben und häufiger Dysfunktionen im Familienleben aufweisen. Es fehlt Wissen, um betroffene Familien gezielt darin zu unterstützen, mit den schwierigen Folgen dieses Krankheitsbildes umzugehen. Das Ziel der Studie ist, zu untersuchen, wie genau betroffene Eltern und Geschwister den Alltag bewältigen. Dadurch sollen Interventionen bezüglich der Verminderung von Belastungen und Dysfunktionen in der Familie spezifischer und wirksamer gestaltet werden können.

Die Studie vertritt den Standpunkt, dass die Familie einer der wichtigsten Umweltfaktoren des Kindes ist und einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Symptome hat. Umweltfaktoren stehen in einer Wechselwirkung mit der Stärke der Symptome.

Die Familien wurden durch Anzeigen in Selbsthilfegruppen, Kliniken, Schulen, öffentlichen Gesundheitszentren und pädiatrischen Praxen angeworben. An der Befragung nahmen fünfzehn Familien teil. Das Alter der Kinder mit ADHS reichte von sechs bis siebzehn Jahren. Die Stichprobe wird unter dem Kapitel „Sample“ mit Angaben zu Alter, Einkommen, Herkunft und Familiengrösse genauer beschrieben.

Die Teilnehmer wurden in mehreren Durchgängen befragt. Sie nahmen einzeln und als ganze Familie an den Interviews teil. Im Mittelpunkt standen dabei Fragen, in welcher Art das ADHS die Familienmitglieder beeinflusst, wie jedes Mitglied mit den Symptomen umgeht und was dabei einfach und was schwierig ist. In einem zweiten Durchgang, zwei bis drei Monate nach der ersten Befragung, wurden im Sinne eines theoretical sampling, 25 Teilnehmer erneut befragt. Damit erhielten die Forscher ausführlichere und tiefergreifende Informationen zu spezifischen Themen. Gleichzeitig liessen sie die Aussagen aus den ersten Interviews durch die Teilnehmer bestätigen oder verwerfen und führten somit ein member checking durch.

Die Befragungen wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und nach Eigenschaften aus den Daten selber analysiert. Dadurch wurden Codes entwickelt, welche zu Kategorien zusammengeführt wurden. Dieser Prozess wiederholte sich, bis sich keine neuen Kategorien mehr ergaben. Damit wurde eine konzeptuelle Sättigung erreicht. Um Entscheidungen festzuhalten, wurden während dem Kodierungsprozess theoretical notes geführt. Die Datensammlung und -analyse werden in der Studie kurz, aber klar beschrieben.

Die Forscher entwickelten aus den Aussagen der Familien vier verschiedene Funktionstypen. Diese sind: „the chaotic family“, „the ADHD-controlled family“, „the surviving family“ und „the reinvested family“. Zur Beschreibung der Familientypen geben die Autoren in den jeweiligen Abschnitten kurze Empfehlungen zur Intervention. Sie merken an, dass es ungewöhnlich ist, in den Resultaten Empfehlungen abzugeben. Sie begründen dies jedoch dadurch, dass für jeden Familientyp eine andere Intervention empfohlen wird und es Sinn macht, diese anschliessend an die Beschreibung der Familie zu präsentieren.

Nur eine Familie beschrieben die Autoren als „chaotic family“. Diese bestand aus

einer alleinerziehenden, psychisch erkrankten Mutter und zwei Kindern unter zehn Jahren mit ADHS. Das Hauptmerkmal der Familie war die fehlende Sensibilität der Mutter für die emotionalen Bedürfnisse der Kinder sowie für die Symptome des Krankheitsbildes. In der Familie existierte keine Struktur und sie erhielt wenig Unterstützung von aussen. Die Mutter war unfähig, eigenen Bedürfnissen neben denjenigen der Kinder noch Zeit zu lassen und entwickelte durch diese belastende Situation unangepasste Erziehungsstrategien. Die Forscher empfehlen als erste Intervention die Stabilisierung der Familienverhältnisse durch das Anbieten von domiziler psychiatrischer Unterstützung für die Mutter, Haushaltshilfe, Erziehungshilfe etc.

Zum Typ „ADHD-controlled family“ gehörten die meisten Teilnehmer der Studie (7 Familien). Die wesentliche Eigenschaft dieses Types war die zentrale und kontrollierende Position der Symptome im Familienleben. Die Schwierigkeiten des Kindes wurden häufig durch das ADHS entschuldigt oder sie wurden verharmlost und gerechtfertigt. Die Familienmitglieder hatten sich verschiedene Verhaltensweisen angeeignet, welche einen negativen Einfluss auf die Symptome und auf die Intensität der Konflikte haben. Hier empfehlen die Autoren der Familie zu helfen, eigene Bedürfnisse wieder zu erkennen und die kontrollierenden Symptome weniger hervorzuheben. Weiter empfehlen sie die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu fördern und der Familie möglichst effiziente Erziehungsstrategien zu vermitteln. Die Eltern sollen lernen wieder Prioritäten zu setzen.

Der Typ „surviving family“ (4 Familien) versucht so gut wie möglich einen Weg zu finden, mit den ADHS-Symptomen umzugehen. Die Familienmitglieder sehen die Wichtigkeit, anderen Themen im Familienleben Freiraum zu lassen und einander zu unterstützen. Eine „surviving family“ hat ansatzweise Strategien entwickelt, um in der Familie eine angenehme Stimmung zu vermitteln. Sie sieht aber gleichzeitig ein, noch von Unterstützung abhängig zu sein. Die empfohlene Intervention der Autoren bezieht sich hier auf das Aufzeigen der Erfolge und des guten Weges, den die Familie eingeschlagen hat. Viele Familien in dieser Situation sind entmutigt, da sie trotz Lösungsansätzen immer wieder an ihre Grenzen stossen.

Die verbleibenden drei Familien, alle mit älteren Kindern (14 – 17 Jahre), bilden die „reinvested families“. Diese Familien sind fähig ihre Energien wieder in das eigene und in das Familienleben einzubringen. Sie haben eine Akzeptanz dafür entwickelt, ein verhaltensauffälliges Kind grosszuziehen. Die Autoren empfehlen hier eine umfassende Intervention, welche auf die Bedürfnisse der Familie als eine Gemeinschaft sowie auf die Bedürfnisse jedes einzelnen eingeht. Die Eltern müssen lernen die Verantwortung langsam ihren jugendlichen Kindern zu übergeben.

In der Diskussion wird eine Verbindung der Resultate mit der Fragestellung gemacht und die wichtigsten Ergebnisse werden wiederholt. Es wird erwähnt, dass die Einteilung in die Familientypen dynamisch zu verstehen ist. Eine Familie kann sich von einem Familientyp zu einem anderen bewegen. Auf diese Aussage schliessen die Autoren, da alle drei „reinvested“ Familien bereits ältere Kinder hatten und früher ähnliche Situationen wie die anderen Familien erlebt haben. Die Frage inwiefern der Familientyp mit dem Schweregrad des ADHS zusammenhängt, diskutieren die Forscher nicht. Da es sich um eine Studie mit grounded theory Design handelt und nicht um eine phänomenologische, wäre dieser Zusammenhang spannend und für die Ausarbeitung der Theorie wichtig.

Die Gedanken, welche in der Schlussfolgerung dargelegt werden, sind auf die Ergebnisse zurückzuführen und sind logisch aufgebaut. Es wird die Wichtigkeit für weitere Forschung betont, um die anfängliche Theorie zu verfeinern. Ihre Anwendbarkeit auf andere Bevölkerungsgruppen und auf Familien aus anderen sozioökonomischen Verhältnissen muss überprüft werden.

6.3.3 The Outcome of Group Parent Training for Families with Children with Attention Deficit/hyperactivity Disorder and Defiant/aggressive Behavior

Danforth, Harvey, Ulasek & McKee (2006)

Es existiert relativ viel Forschung über die medikamentöse Behandlung des Krankheitsbildes ADHS. Über ergänzende und alternative Behandlungsmöglichkeiten wurde bisher wenig Forschung betrieben. Da viele Kinder unter den Nebenwirkungen der Medikamente leiden oder nicht darauf ansprechen und wenig bekannt ist über eine dauerhafte Änderung des Verhaltens nach dem Absetzen des Medikamentes, ist die Notwendigkeit für weitere Forschung im Bereich von ergänzenden und alternativen Behandlungsmethoden gerechtfertigt.

Die Studie von Danforth et al. (2009) untersucht die Effektivität eines neu entwickelten Verhaltenstrainings für Eltern von Kindern mit ADHS. Eltern von Kindern mit oppositionellem Verhalten (ODD) wurden ebenfalls in die Studie miteinbezogen. Dies wird dadurch begründet, dass die beiden Krankheitsbilder ähnliche Verhaltensmuster aufweisen und häufig gemeinsam auftreten.

Das Verhaltenstraining wurde nach einem neu entwickelten Modell, dem BMFC (Behavioral Management Flow Chart) durchgeführt. Der BMFC entstand aufgrund einer Analyse von verschiedenen Strategien, welche aus der Forschung über den Umgang und die Bewältigung von unkooperativem kindlichem Verhalten stammen. Diese Strategien wurden weiter entwickelt und in ein Modell umgesetzt. Die daraus resultierenden Verhaltensschritte sind auf der nächsten Seite ersichtlich. Die primären Verhaltensweisen deren Veränderung angestrebt wird, sind Verweigerung, aggressives und trotziges Verhalten. Der BMFC wurde bereits mit zwei kleineren Studien untersucht. Die vorliegende Studie ist eine Folgestudie mit strengem Design und mit einer grösseren Stichprobe.

Die Intervention wird genau beschrieben. Das Training wurde in fünf Gruppen mit neun bis zehn Teilnehmenden durchgeführt. Die Einheiten dauerten jeweils 75-90 Minuten und wurden von zwei Psychologen und zwei Psychologiestudenten angeleitet. Um eine einheitliche Intervention zu gewährleisten, diskutierten die vier Autoren regelmässig die Umsetzung des Trainingsinhaltes.

Die erste Trainingseinheit bestand aus einem kurzen Teil Theorie über die Krankheitsbilder ADHS und ODD und aus der Vermittlung von Hintergrundwissen über verschiedene Erziehungsmethoden und deren Folgen. Die restlichen sieben Einheiten hatten zum Ziel, die erziehungsspezifischen Fertigkeiten des BMFC's zu erlernen und sie in der entsprechenden Situation korrekt anzuwenden. Um die Fertigkeiten zu vermitteln, wurden folgende Methoden angewendet: Rollenspiel mit Feedback, Beschreibung/Erklärung und Modelllernen.

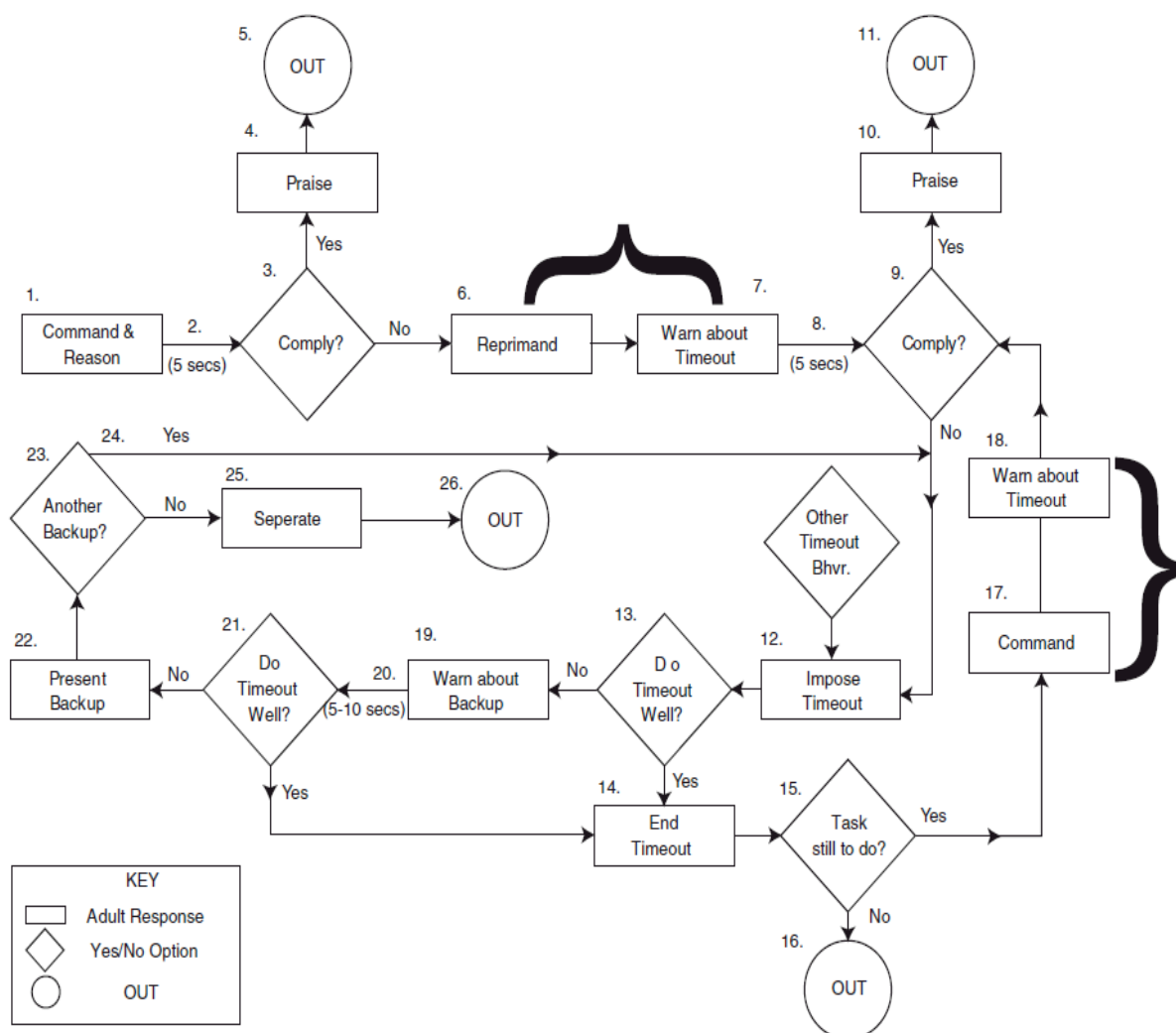


Abbildung 3. Behavioral Management Flow Chart.

Durch Anzeigen in Zeitungen und durch Anfragen bei Kinderärzten und Schulen wurden 84 Familien angeworben. Davon entsprachen 49 Familien (45 Jungen und 4 Mädchen mit ihren Eltern) den Teilnahmekriterien für die Studie. Das Alter der betroffenen Kinder lag zwischen vier bis zwölf Jahren. Die Eltern setzten sich aus 26

Vätern und 46 Müttern zusammen. Die genauen Teilnahmekriterien sind im entsprechenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

Es wurden jeweils vor und nach der Intervention Messungen durchgeführt. Um die einzelnen und vielfältigen Veränderungen mit einer möglichst grossen Genauigkeit zu erfassen, wurden drei unterschiedliche Messverfahren benutzt:

- a) standardisierte Fragebögen für die Eltern zur Wahrnehmung des Verhaltens des Kindes, zu ihrem eigenen Verhalten und zur empfundenen Belastung
- b) Telefoninterviews, aufgebaut auf einem Leitfaden, um das Verhalten der Kinder zu Hause zu erfassen
- c) Tonbandaufnahmen von Konfliktsituationen, welche anschliessend nach vier verschiedenen Codes analysiert wurden.

Die Resultate der einzelnen Gruppen wurden durch eine multifaktorielle Varianzanalyse miteinander verglichen, um auf mögliche Differenzen aufmerksam zu werden. Es wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Um die Abhängigkeit der untersuchten Faktoren von der Intervention aufzuzeigen, wurde eine einfache Varianzanalyse durchgeführt. Diese zeigte grosse Effekte auf.

Die erhaltenen Resultate bestätigten die Ergebnisse der beiden Vorgängerstudien. Die Eltern erlebten von ihren Kindern weniger durchgehende und weniger heftige Verweigerung und die Anzahl Konfliktsituationen wurde verringert. Diese Veränderungen sind für Mütter und für Väter statistisch signifikant. Weiter sind ungeeignete Erziehungsstile wie Überreaktion und Laisser-faire bei Müttern verringert und die Kinder zeigen gegenüber der Mutter weniger oppositionelles Verhalten. Eine Reduktion von Stress ist ebenfalls bei den Müttern beobachtet worden.

Die weniger verbesserten Werte der Väter erklären sich die Forscher dadurch, dass in den meisten Familien die Erziehung der Mutterrolle zufällt. Sie empfehlen weitere Forschung spezifisch auf Väter bezogen.

Der Erfolg der Intervention wird auf die Neuartigkeit der Intervention zurückgeführt. Sie unterscheidet sich inhaltlich von anderen Elterntrainings und baut ihre Entwicklung auf empirische Literatur auf. Die verwendeten Messinstrumente sind alle

gut überprüft, reliabel und valide und unterstützen die Gültigkeit der Resultate.

Trotzdem sollte mit den Resultaten kritisch umgegangen werden. Der Studie liegt ein Pre-Post Design zugrunde, welches keine Kontrollgruppe vorsieht. Die Autoren sind sich dessen bewusst und betonen in der Schlussfolgerung die Wichtigkeit weiterer und strengerer Forschung, um eine bessere Evidenz zu erhalten. Weiter ist zu beachten, dass die Teilnehmer aus den USA stammen und eine Übertragung der Ergebnisse auf europäische Familien kritisch betrachtet werden muss.

6.3.4 Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treacy, Tripp & Baird (2005)

Treacy, Tripp & Baird (2005) zeigen anhand verschiedener Literaturquellen auf, dass Eltern mit einem Kind mit ADHS unter vermehrter Belastung leiden. Jedoch haben bisher nur wenige Studien spezifisch Interventionen zur Belastungsreduktion der Eltern untersucht. Deshalb haben die Autoren ein Training zum Belastungsmanagement für Eltern mit Kindern mit ADHS getestet. Dieses soll den Stress von Eltern reduzieren, ihre Stimmung, das Funktionieren der Familie, den Erziehungsstil, ihre Überzeugungen und die soziale Unterstützung verbessern. Eltern sollen dadurch realistische Erwartungen von ihrem Kind erhalten, Emotionen handhaben können und die Kommunikation verbessern. Der Trainingsinhalt orientiert sich an den verursachenden Stressfaktoren für Eltern. Dazu gehören die Umwelt, die psychischen Komponenten der Eltern und die Charakteristiken der Kinder (Fischer, 1992; zit. nach Treacy et al., 2005, S. 232).

Die Forscher haben neunmal eine zweistündige Therapieeinheit für eine Gruppe von acht bis vierzehn Eltern entwickelt. Diese wurde von zwei Therapeuten und einem Psychologen sowie einem Psychologiestudenten durchgeführt und bestand aus folgenden Inhalten:

1. Programmablauf und Verständnis für Stress
2. Aufklärung und Bildung über das Krankheitsbild ADHS

3. Informationen zu finanziellen Rechten, Ausbildungsrechten und gesellschaftlichen Unterstützungsmöglichkeiten
4. Fähigkeiten im Problemlösen erarbeiten
5. Kognitive Zusammenhänge von eigenem Verhalten verstehen und ändern
6. Kommunikationsfähigkeiten verbessern
7. Eigene Ressourcen stärken
8. Fähigkeiten beim Erziehen stärken
9. Nachbearbeitung, Wiederholung und Klärung zusätzlicher Fragen

Es nahmen 40 Mütter und 23 Väter mit mindestens einem Kind mit ADHS im Alter von 6 - 15 Jahren am Training teil. 88% der Kinder nahmen zu diesem Zeitpunkt Ritalin. Die Eltern wurden schriftlich durch eine Universitätsklinik und einem lokalen Spital aus Neuseeland rekrutiert. Die Eltern erhielten verschiedene standardisierte Fragebögen zum Erziehungsstil, zu Depressionssymptomen, zu Stresssymptomen, zur Ehebeziehung und zu ihrer sozialen Unterstützungssituation. Diese wurden vor und zweimal nach dem Training ausgefüllt, um die Veränderung durch das Programm festzustellen und anhand einer Kontrollgruppe zu vergleichen.

Die analysierten Daten zeigten vor allem für die Mütter eine Stressreduktion und Verbesserungen im Erziehungsstil und im Kommunikationsverhalten. Für die Väter verbesserte sich nur das Kommunikationsverhalten. Das Programm stützte sich auf Studien von Stressfaktoren, welche sich hauptsächlich auf Mütter bezogen. Darin, und dass viele Väter mehr zur Unterstützung der Frau teilnahmen als aus eigenem Interesse, sehen die Forscher einen möglichen Grund für die geringere Wirkung auf die Väter. Die erhoffte Verbesserung der sozialen Unterstützung durch das Programm wurde nicht erreicht. Alle Teilnehmer gaben jedoch eine hohe Zufriedenheit mit dem Training an.

Treacy et al. (2005) weisen darauf hin, dass das Programm alleine den Stress der Eltern wahrscheinlich zu wenig reduziere und es noch angepasst werden kann. Jedoch indizieren die negativen Auswirkungen des erhöhten Stresses auf die Eltern-Kind-Beziehung die Notwendigkeit eines solchen Trainings. Die Behandlung des ADHS sollte auf die Symptome der Kinder, wie auch auf die Ressourcen der Eltern fokussieren. Durch die Belastungsreduktion der Eltern werden nach Webster-Stratton

(1990, zit. nach Treacy et al. 2005, S. 232) auch andere Behandlungskomponenten begünstigt. Durch die Studie wurden die Bedürfnisse der Eltern aufgezeigt und die Programminhalte offerieren einen aussichtsvollen Ansatz für ein umfassendes Management des ADHS.

Die Forscher beschrieben die Auswahl der Teilnehmer detailliert und belegten den Grund für die Studie. Sie wählten mit dem randomisierten, kontrollierten Studiendesign eine sinnvolle Möglichkeit, die Wirksamkeit des Trainings zu untersuchen.

Die Begründung für die Auswahl und die Reihenfolge der einzelnen Trainingsinhalte wird jedoch nicht angegeben. Die verwendeten Messinstrumente weisen eine hohe Reliabilität auf und untersuchten die Reduktion der verursachenden Stressfaktoren. Nur der Fragebogen zur Zufriedenheit über das Trainingsprogramm wurde spezifisch für die Untersuchung entwickelt. Durch die acht Messinstrumente erfolgte eine Menge an Resultaten, was die geringe Signifikanz beeinflusst haben kann. Mit der Varianzanalyse der Ergebnisse von den unterschiedlichen untersuchten Faktoren nutzten die Forscher eine geeignete Analysemethode.

Die Rekrutierung der Stichprobenauswahl wird in der Studie beschrieben und die Zustimmung aller Teilnehmer wurde eingeholt. Die Stichprobe beschränkte sich auf Teilnehmer mit ähnlichen Hintergründen/Faktoren, wodurch systematische Fehler vermieden werden. Dass nicht alle Kinder beim Untersuchungszeitpunkt Ritalin einnahmen, ist ein möglicher Einfluss auf den Stress, auf den jedoch nicht eingegangen wird. Unter den Teilnehmenden waren auch Alleinerziehende, welche möglicherweise weitere Stressfaktoren erleben, was nicht berücksichtigt wurde.

Die Autoren sagen, dass das Training nicht individualisiert und durch die einmalige Durchführung nicht intensiv ist. Durch ihre Studie zeigen die Forscher die Notwendigkeit für Interventionen für Eltern, aber auch die Wichtigkeit mehr Forschung in diese Richtung zu betreiben. Wie im Modell von Chu & Reynolds (2007) ersichtlich, ist die Intervention für die Eltern ein wichtiger Aspekt für eine erfolgreiche ergotherapeutische Behandlung für ein Kind mit ADHS. Dadurch zeigt auch diese Studie Relevanz für die Ergotherapie, da der Bedarf zur Stressreduktion ersichtlich wird und ein möglicher Ansatz dazu aufgezeigt wird.

6.3.5 Will the „Real Boy“ Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD.

Singh (2005)

Singh (2005) zeigt durch verschiedene Literaturangaben die ethischen Aspekte über die Ritalinabgabe an Kinder mit ADHS auf. In der Bioethik wurde bisher zu wenig Aufmerksamkeit auf die Eltern und den Einfluss des Kontextes zur Entscheidung über die Ritalinverabreichung gegeben. Singh (2005) weist darauf hin, den Konflikt der Eltern mit einem Kind mit ADHS bezüglich der Abgabe von Ritalin zu berücksichtigen. Sie untersucht mit ihrer Studie die Konzepte und Verbindungen, welche mit dieser ethischen Entscheidungsfindung zusammenhängen. Dadurch soll ein umfassenderes Verständnis für die Schwierigkeiten und Entscheidungsgrundlagen der Eltern entstehen, was für die therapeutische Behandlung bedeutend ist.

Ein moralisches Problem ist, dass die Person, welche das Ritalin einnimmt nicht die Person ist, welche entscheidet, wann oder ob es verabreicht werden soll. Im weiteren müssen Eltern immer wieder von Neuem entscheiden, ob Ritalin z.B. auch am Wochenende, während den Ferien eingenommen werden soll oder ob eventuell eine zweite Dosis während der Schulzeit nötig ist. Nach Mattingly (1998, zit. nach Singh, 2005) treffen sie die Entscheide aufgrund konstanter Beobachtung des Benehmens und der inneren Motivation des Kindes.

Singh (2005) fand heraus, dass Mütter die ADHS Symptome als Teil der Persönlichkeit ihres Sohnes sehen und Ritalin den Kindern helfe, sich selbst besser zu verstehen. Ritalin ändere jedoch nur das Verhalten und nicht das Selbst des Kindes. Diese Unterscheidung des Verhaltens aufgrund biomedizinischer Ursachen und des essentiellen Selbst des Kindes rechtfertigt für diese Mütter ethisch den Gebrauch des Medikamentes.

Nach Pollack (1998; zit. nach Singh, 2005) wird schon von Jungen verlangt, unabhängig und selbstbewusst zu sein und das Bild eines erfolgreichen Mannes abzugeben. Um den Erfolg dieser Gender Stereotypen zu unterstützen, bevorzugen Mütter ihren Söhnen Ritalin zu geben. Trotzdem zweifeln sie am Wochenende

häufig, weil dann kein Erfolgsdruck herrscht. Ein anderer Grund, das Ritalin über das Wochenende abzusetzen, ist der Unterbruch der konstanten Medikamenteneinnahme und die damit verbundene Erlaubnis für das Kind sich selbst zu sein.

Die Väter zeigten sich allgemein skeptischer gegenüber Ritalin, da sie das Verhalten mit ihrer eigenen Kindheit verglichen und teilweise als normal empfanden. Die Verabreichung von Ritalin wurde auch für die Väter zum Thema, wenn ihre Söhne im Sport nicht erfolgreich waren. Dies war der am häufigsten genannte Grund zur Befürwortung des Medikamentes. Jedoch überliessen die Väter die Entscheidung oft den Müttern.

Zusammenfassend wird in der Studie ersichtlich, dass die moralischen Konzepte der Eltern und die Entscheidungsfindung strategisch, jedoch trotzdem inkonsequent, widersprüchlich und inkomplett sind. Die Konzepte zur Rechtfertigung der Ritalinverabreichung basieren auf der individuellen Definition des Selbst des Kindes und seiner Authentizität, auf den Erfolgserwartungen an das Kind, der Problematik der Wochenenddosierung sowie auf den unterschiedlichen Ansichten von Müttern und Vätern. Die Definition über die Authentizität des Kindes variierte je nach Wertvorstellung des Kontextes, in welchem der Sohn handelt. Während des Wochenendes tritt die Erfolgserwartung in den Hintergrund und die Wichtigkeit, dass der Sohn sich selbst sein kann, wird höher bewertet. Die Ansichten zu Gender Normen, Idealverhalten, Entwicklung, Erfolg und Sport sind individuell und hängen von den persönlichen Erfahrungen und Überzeugungen der Eltern ab.

Die Darstellung dieser Konzepte zur Entscheidungsfindung geben mehr Verständnis für den Konflikt der Eltern. Die Wichtigkeit, in der Therapie von ADHS Kindern aufmerksam für familiäre Kontexte und Konzepte zu sein, wird deutlich.

Durch das Grounded Theory Studiendesign erfasste die Autorin deutlich die Prozesse und Konzepte, welche zur Entscheidungsfindung über die Verabreichung von Ritalin führen. Das offene Interview unterstützte dies. Es wird ein Einblick in die reale Situation der Eltern vermittelt. Wie lange die Interviews dauerten und wo sie durchgeführt werden ist nicht angegeben. Für die deskriptive Klarheit und prozedurale Strenge der Studie fehlen Angaben, in welchem Verhältnis die Forscher

zu den Eltern standen und welche persönlichen Annahmen sie zu dem Thema haben.

Die Begründung zur Auswahl und die Hintergrundangaben zu den befragten Eltern sind ausführlich beschrieben. Die Daten stimmen mit den Ergebnissen überein und das Vorgehen der Datenanalyse wurde beschrieben. Jedoch wird nicht explizit angegeben, ob alle Datenergebnisse aufgeführt sind. Auch ein member checking wird nicht erwähnt, was die Vertrauenswürdigkeit der Studie reduziert. Eine Triangulierung durch verschiedene Quellen ist angegeben. Die Schlussfolgerungen sind aufschlussreich und unterstützen die Wichtigkeit der Studienergebnisse.

6.4 Wichtige Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

Firmin & Philips Die Bereitschaft der Eltern, ihre eigene Zeit in die Erziehung ihres Kindes zu investieren, ist bei den Teilnehmern gross. Die Eltern sind stark in das Leben des betroffenen Kindes involviert und es werden je nach Tageszeit unterschiedliche Schwierigkeiten wahrgenommen. Für einige Eltern stellte der Morgen eine Herausforderung dar, da die Kinder rechtzeitig zur Schule gehen müssen und die Eltern sich gleichzeitig für die Arbeit zurechtmachen sollten. Die meisten Eltern empfanden den Nachmittag am schwierigsten, da in dieser Zeit Hausaufgaben erledigt werden müssen und die Kinder meistens erschöpft aus der Schule zurückkehren. Der Abend und die Bettzeit stellte für die wenigsten eine Schwierigkeit dar. Alle teilnehmenden Eltern haben sich ansatzweise Strategien angeeignet, um mit diesen Herausforderungen umzugehen. Sie entwickelten neue Routinen, brauchten Kalender, Notizzettel etc. als Unterstützung.

Kendall & Shelton Die Forscher entwickelten mit einem Grounded Theory Design vier verschiedene Familientypen, welche das Funktionsniveau betroffener Familien beschreiben.

Diese nehmen eine Einteilung aufgrund dem Verhalten der Familienmitglieder, dem Umgang mit der Situation und aufgrund

von Ansichten und Haltungen vor. Die vier Familientypen sind als dynamisches System zu verstehen. Die Familie kann sich durch eine Entwicklung von einem Typ zum anderen bewegen. Die Forscher empfehlen für jeden Typ eine andere Intervention, da die Schwierigkeiten an unterschiedlichen Stellen liegen. Die Einteilung soll involvierten Professionalitäten eine Grundlage bieten, die Intervention für die Familie spezifisch und konkret auf die jeweilige Situation zu gestalten.

Danforth, Harvey,	Mit dem durchgeführten Verhaltenstraining erzielten die Forscher gute Resultate.
Ulasek & McKee	Die Eltern erlebten weniger verweigerndes Verhalten und die Anzahl Konfliktsituationen konnte verringert werden. Diese Veränderungen sind für Mütter, sowie für Väter statistisch signifikant. Weiter wurden Überreaktionen und laissez-faire Verhalten bei Müttern verringert und die Kinder zeigen gegenüber der Mutter weniger oppositionelles Verhalten. Eine Reduktion von Stress ist ebenfalls nur bei den Müttern eingetreten. In diesen Punkten sind die Ergebnisse der Väter nicht statistisch signifikant.
Treacy, Tripp & Braid	Das umfassende Parent Stress Management Training erzielte bei den Müttern signifikante Verbesserungen des Kommunikationsverhaltens und des Erziehungsstils. Die Mütter erhielten mehr Gelassenheit in schwierigen Situationen und erfuhren eine Stressreduktion. Für die Väter verbesserte sich einzig die Kommunikation mit dem Kind.
Singh	Eltern empfinden es belastend täglich die Entscheidung zu fällen, ob und wie viel Ritalin ihr Kind einnehmen soll. Es bestehen verschiedene Ansichten darüber, ob das Kind sein wahres Ich mit oder ohne Ritalin ausleben kann. Die Erfolgserwartungen der Gesellschaft an Männer und Jungen beeinflussen die Abgabe von Ritalin ebenfalls. Zudem sind unterschiedliche Wertevorstellungen von Mutter und Vater ausschlaggebend für die Dosierung sowie der Kontext, in welchem das Kind agiert. Die unterschiedlichen

Konfliktpunkte bei der Entscheidung über die Abgabe des Ritalins verlangen eine individuelle Betrachtung und Unterstützung.

7. Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der Studien untereinander verglichen und diskutiert. Verknüpfungen zu anderen Aussagen sollen hergestellt werden, um die wichtigsten und effektivsten Aspekte zur Unterstützung von Eltern mit Kindern mit ADHS aufzudecken.

7.1 Individuelle Bedürfnisse

In den untersuchten Studien ist auffallend, dass die Forscher immer wieder betonen, wie wichtig die individuelle Betrachtung der Familie ist. Die qualitativen Hauptstudien zeigen, wie unterschiedlich Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien der Eltern sein können. Cronin (2004) zeigt dies in ihrer Studie über Mütter mit Kindern mit ADHS ebenfalls auf. Erst durch den Einblick in das Familienleben kann festgestellt werden, wo das Problem liegt und erst dadurch kann gezielt Unterstützung angeboten werden. Ohne die Berücksichtigung des Familienkontextes wird die Möglichkeit für eine erfolgreiche Intervention reduziert (Firmin & Philips, 2009). Auch das Review von Hanna & Rodger (2002) über das familienzentrierte Arbeiten in der Ergotherapie bestätigt, dass in den letzten Jahren erkannt wurde, dass die Bedürfnisse der Eltern individuell in die Therapieplanung einbezogen werden müssen. Wie Case-Smith (1993, zit. nach Hanna & Rodger, 2002, S. 16) sagt, unterscheiden sich Eltern in den Reaktionen auf ihre Kinder, in ihrem Austausch mit den Therapeuten und in ihren Familienrollen. Das narrative Reasoning sieht das Verstehen des Patienten und seiner Situation als wesentlicher Teil der Ergotherapie (Mattingly, 1991; zit. nach Feiler, 2003, S. 69) und bestärkt damit die Notwendigkeit, die Bedürfnisse individuell zu erfragen.

Nach Kendall & Shelton (2003) kann durch die Bestimmung des Familientyps die Intervention einfacher auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet werden. In einer Folgestudie (Conlon et al., 2008) wird die Anwendbarkeit dieser Familientypen bestätigt. Es besteht aber bei der Einteilung in die Familientypen eine gewisse Gefahr, die Merkmale nicht genau genug zu erfassen. Die Autoren beider Studien weisen darauf hin, dass das Schema dazu verleiten kann, die Familien voreilig zu

kategorisieren. Daher ist dieses System als Leitfaden für eine Erfassung geeignet und nicht als Erfassungsinstrument selber. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Übergänge von einem Familientyp zum Nächsten fließend sind. Das System ist dynamisch zu verstehen (Kendall & Shelton, 2003). Auch die Studie von Firmin & Philips (2009) zeigt, dass die Schwierigkeiten der Eltern sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Die Vorgängerstudie von Segal & Frank (1998) betont, dass für Ergotherapeuten ein Verständnis der individuellen Organisation der Aktivitäten innerhalb der Tagesroutine der Familien wichtig ist.

7.1.1 Individuelle Entscheidungsfindung

Unterschiedliche Bedürfnisse für Unterstützung bestehen auch bei der Entscheidungsfindung über die Einnahme von Ritalin. Eltern argumentieren sehr individuell und haben unterschiedliche moralische Konzepte, welche ihre Entscheidungen leiten (Singh, 2005).

Zur Unterstützung der Eltern bei der Entscheidung bezüglich der Behandlung ist die Berücksichtigung des Verhaltens des Kindes, des Kontextes und der moralischen Konzepte der Eltern erforderlich (Singh, 2005). Verschiedene andere Faktoren beeinflussen die Entscheidungsfindung ebenfalls. Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham (2004) betonen, dass aufgrund der Nebenwirkungen die Tageszeit bei der Einnahme von Ritalin berücksichtigt werden muss. Singh (2005) erwähnt, dass Wochenende und Ferien die Entscheidung ebenfalls beeinflussen.

7.2 Vorhandene Bewältigungsstrategien

Sowohl Firmin & Philips (2009) wie auch Kendall & Shelton (2003) beschreiben, dass Eltern sich unterschiedliche Strategien zur Bewältigung von Schwierigkeiten aneignen. Eine Form davon war die Stärkung der eigenen Ressourcen durch Selbsthilfegruppen, Stressmanagement oder Entspannungstechniken. Eine andere Form war der Gebrauch von Verstärkersystemen und strukturierenden Mitteln, wie Kalender und "to-do" Listen. Diese dienen dazu eine Tagesroutine aufzubauen (Firmin & Philips, 2009). Verglichen mit den Ergebnissen von Kendall & Shelton (2003) tauchen diese Formen von Bewältigungsstrategien hauptsächlich bei der

„surviving family“ auf. Wird die Tatsache beachtet, dass die Teilnehmer der Studie von Firmin & Philips in ADHS-Vereine eingebunden und gut über das Krankheitsbild informiert sind, kann angenommen werden, dass diese Familien in der Einteilung von Kendall & Shelton (2003) ebenfalls zu der „surviving family“ gehören würden. Jedoch ist keine allgemein gültige Aussage möglich, ob diese Strategien nur bei besser funktionierenden Familientypen auftauchen.

Beide Formen von Bewältigungsstrategien fanden Platz im Elterntraining von Treacy et al. (2005). Es ist jedoch nicht bekannt, welche Argumente dazu führten, diese Strategien zu vermitteln. Ebenfalls unklar ist, in welcher Art die Vermittlung dieser Strategien die Belastungsreduktion der Eltern beeinflusste.

7.3 Elterntraining

Beide Interventionen der quantitativen Studien haben zur Belastungsreduktion beigetragen und sind somit eine sinnvolle therapeutische Massnahme. Aus der ergotherapeutischen Sichtweise des Behandlungsmodells von Chu & Reynolds (2007) wird in beiden Interventionen eine ganzheitliche Behandlung nur ansatzweise erfüllt. Mit der alleinigen Durchführung eines Elterntrainings ohne die Berücksichtigung weiterer Umweltfaktoren wird dem multidimensionalen Behandlungsansatz von Chu & Reynolds (2007) nicht Rechnung getragen. Conlon et al. (2008) betonen die Wichtigkeit multidimensionaler Interventionen, um die grösstmögliche Effektivität der Behandlung von Kindern mit ADHS zu gewährleisten.

Die Autoren beider Studien betonen die Notwendigkeit zu mehr Studien zur Prüfung der Effektivität. Chronis et al. (2004) bestätigen, dass das Verhaltenstraining für Eltern eine der effektivsten Behandlungsmethoden ist. In der Studie von Treacy et al. (2005) war durch das Training eine signifikante Verbesserung der Kind-Eltern-Interaktion erkennbar, was für die Eltern eine Verminderung der Belastung zur Folge hatte. Weitere Faktoren wie die Ehebeziehung, die Funktionsweise der Familie, vorhandene Depressionssymptome der Eltern oder die soziale Unterstützung zeigten keine Verbesserung. Ein Grund dafür könnte die inhaltlich breitgefassete Intervention sein, sowie die grosse Anzahl an Messungen, welche eine geringere Signifikanz

verursachen. Die Intervention erlaubt keine tiefgreifende Behandlung der einzelnen Themen, ist nicht individuell ausgerichtet und durch die einmalige Durchführung nicht intensiv. Im Gegensatz dazu wurde in der Studie von Danforth et al. (2006) der Schwerpunkt mit dem BMFC gezielt auf die Kind-Eltern-Interaktion gelegt. Nach Miranda et al. (2009) ist das oppositionelle Verhalten der Kinder eine der grössten Herausforderungen für die Eltern. Die Intervention ist weniger umfassend als diejenige von Treacy et al. (2005), geht aber spezifisch auf eine Herausforderung ein und zeigt gute Resultate. Diese sind jedoch kritisch zu betrachten, da der Studie durch ihr Design eine geringere Evidenzstufe zuzuordnen ist (Law et al., 1998). Andere wichtige Faktoren werden im Elterntraining von Danforth et al. (2009) nur wenig berücksichtigt und müssten in einer zusätzlichen Intervention behandelt werden.

7.3.1 Aufklärung über das Krankheitsbild ADHS

Harrison & Sofronoff (2002, zit. nach Cu & Reynolds, 2007, S. 374) betonen die Wichtigkeit, dass Eltern über das Krankheitsbild ADHS gut informiert sind. Miranda et al. (2009) schreiben, dass Eltern oft zu wenig gut über ADHS informiert sind, um mit dem aggressiven Verhalten umzugehen.

Die Interventionen beider quantitativen Studien beachten dies und beinhalten einen theoretisch ausgerichteten Teil, in welchem die Aufklärung zentral ist. Zudem geben Treacy et al. (2005) in ihrem Trainingsprogramm schriftliche Unterlagen zu den Inhalten ab. Nach de Roten & Buonocore (2003) können die Eltern durch die Aufklärung das schwierige Verhalten ihrer Kinder aus einem anderen Blickwinkel sehen, besser verstehen und lernen angemessen mit den Defiziten ihres Kindes umzugehen. Die Eltern der Studie von Firmin & Philips (2009) sind alle gut über das Krankheitsbild informiert und zeigen Verständnis für das Verhalten ihrer Kinder sowie Engagement zur Verbesserung. Es ist anzunehmen, dass sich dies positiv auf die Entwicklung der Bewältigungsstrategien auswirkte, welche diese Familien anwendeten.

7.3.2 Behandlung des Themas Ritalin

Der Konflikt über die Einnahme von Ritalin ist ein Thema, worauf keine der Interventionen spezifisch eingeht, obwohl sich viele Eltern damit konfrontiert fühlen (Singh, 2005). Wie Singh (2005) sagt, diskutieren die Ethiker und Wissenschaftler intensiv über den richtigen Entscheid zur Ritalinverabreichung. Dabei geht die Aufmerksamkeit für die Eltern verloren, welche effektiv die Entscheidung treffen müssen. Auch Neuhaus (2002) bestätigt, dass Eltern vielfältige Befürchtungen bezüglich der Verabreichung von Ritalin haben. In den Medien sind sehr kontroverse Angaben und Diskussionen zu diesem Thema zu finden (Cunningham, 2007). In der Schweiz publizieren Zeitungen wie der Tagesanzeiger oder die Homepage von ADHS Schweiz Artikel und Informationen mit unterschiedlichen Stellungnahmen. Die vielen verschiedenen Ansichten lassen Eltern bei der Entscheidung zögern (Cunningham, 2007).

7.3.3 Individuelle Bedürfnisse

Aufgrund des Gruppensettings ist es schwierig, auf die individuellen Bedürfnisse der Eltern einzugehen. Die Begründung für das Setting von Treacy et al. (2005) ist die Ermöglichung des sozialen Austauschs und gegenseitiger Unterstützung. Im Review von Chronis et al. (2004) wurde diese Begründung ebenfalls aufgeführt. Jedoch zeigte die Studie von Treacy et al. (2005) keine Verbesserung der sozialen Unterstützung. Diese wird auch nicht als Bedürfnis der Eltern in den qualitativen Studien erwähnt. Chronis et al. (2004), sowie Treacy et al. (2005) erwähnen, dass das Gruppensetting kostengünstiger und zeitsparend ist, was auch Danforth et al. (2006) bestätigen. Das Training von Treacy et al. (2005) bot zudem Betreuung für die Kinder während dem Elterntermin an und führten dieses zu Randzeiten durch, um mögliche Barrieren zur Teilnahme zu verhindern.

Angaben zur Nachhaltigkeit von Elternterminen sind nicht vorhanden. Langzeitstudien werden empfohlen, da sich das Verhalten der Kinder mit der Entwicklung ändert (Chronis et al., 2004).

Ausser der Verbesserung der Kommunikation und Stärkung der Ressourcen der Eltern waren die untersuchten vorhandenen Bewältigungsstrategien der Eltern aus

den qualitativen Studien kein Teil der Elterntrainings. Auch auf den Erhalt der Tagesroutinen der Familien wird in den Trainings nicht eingegangen, welcher die Eltern gemäss Firmin & Philips (2009) als wichtig erachten.

Es ist zu schliessen, dass beide Programme verbesserungsfähig sind und individueller ausgerichtet werden könnten. Mit den verschiedenen Familientypen bieten Kendall & Shelton (2003) einen möglichen Ansatz dazu. Die Interventionen könnten danach gestaltet werden, die Bedürfnisse der verschiedenen Familientypen abzudecken. Die Autoren empfehlen aufgrund ihrer Erfahrungen mögliche Interventionen, welche auf ihre Evidenz geprüft werden müssten.

7.4 Unterschied Mütter Väter

In allen Hauptstudien waren grundsätzlich mehr Mütter als Väter beteiligt. Nach Kendall & Shelton (2003) sahen die teilnehmenden Väter die Unterstützung als notwendig, es gaben jedoch viele die Verantwortung zur Organisation von konkreten Massnahmen der Mutterrolle ab. Die Autoren der quantitativen Studien begründen mit dieser Vermutung die schlechteren Resultate der Väter (Treacy et al., 2005; Danforth et al., 2006). Treacy et al. (2005) sehen einen anderen möglichen Grund darin, dass die Väter teilweise nur ihren Partnerinnen zu liebe teilnahmen. Zudem baute die Intervention auf Studien über Stressempfinden auf, welche vor allem die Erfahrungen von Müttern untersuchten. Die Programmleiter waren weiblich, was ebenfalls einen Einfluss auf die Resultate gehabt haben könnte.

Die Messinstrumente der quantitativen Studien halten die Selbstwahrnehmung der Teilnehmer fest und es ist keine objektive Einschätzung von einer Drittperson vorhanden. Unter Umständen füllen die Väter die Fragebögen aufgrund ihrer eigenen Wahrnehmung der Situation anders aus und schneiden somit im Vergleich mit den Ergebnissen der Mütter deutlich schlechter ab.

Johnston, Mah & Regambal (2010) bestätigen, dass persönliche Vorstellungen und Überzeugungen die gewonnenen Erkenntnisse aus der Behandlung beeinflussen. Dies ist ein weiterer möglicher Grund für die schlechteren Resultate der Väter. Auch in Bezug auf das Einnehmen von Ritalin zeigte Singh (2005), dass Väter andere Ansichten pflegen und andere Argumentationsschwerpunkte setzen.

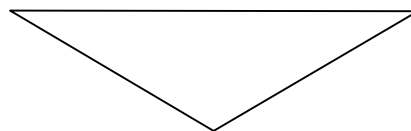
7.5 Übertragbarkeit in die Schweiz

Da keine der Hauptstudien aus der Schweiz stammt, ist die Generalisierbarkeit der Resultate kritisch zu betrachten. Bei einem Vergleich von schweizerischen und nordamerikanischen Studien neigten die Schweizer Eltern dazu, mehr emotionale Probleme ihrer Kinder mit ADHS zu erwähnen als die nordamerikanischen Eltern. Diese erwähnten häufiger Verhaltensprobleme (Bader et al, 2005).

7.6 Übersicht der diskutierten Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

Folgende Tabelle zeigt zusammenfassend die Herausforderungen und den Umgang der Eltern mit Kindern mit ADHS sowie die Inhalte der Elterntrainings. Es soll ersichtlich werden, was in der ergotherapeutischen Behandlung, gestützt auf das Delineation Model of Practice von Chu & Reynolds (2007), zu berücksichtigen ist.

Anforderungen an die Eltern	Umgang der Eltern	Inhalte der Elterntrainings
<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Wahrnehmung der Anforderungen und individueller Zeitpunkt von Schwierigkeiten während des Alltags • Schwierigkeit die Tagesroutine aufrecht zu erhalten • ethische Entscheidung über die Verabreichung von Ritalin • Oppositionelles Verhalten des Kindes <ul style="list-style-type: none"> ➤ erschwerte Eltern-Kind-Interaktion • Unterschiedliche Wahrnehmungen der Anforderungen von Müttern und Vätern 	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von Strukturierungshilfen wie Kalender, Postits, Checklisten • Geregelter Tagesablauf / Tagesroutine • Unterschiedliche Rechtfertigung zur Verabreichung von Ritalin 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über das Krankheitsbild • Verbesserung des Erziehungsstil • Soziale und rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten
	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation • Stärkung der eigenen Ressourcen 	



Daraus resultierende ergotherapeutische Behandlungsmassnahmen

- individuelle Bedürfnisse erfassen
- Unterschiede von Müttern und Vätern evaluieren
- Eltern über das Krankheitsbild und Ritalin informieren
- Bewältigungsstrategien durch Strukturierungshilfen und Erhalt von Tagesroutinen erarbeiten
- Stärkung der Ressourcen der Eltern
- Empfehlung von Elterntrainings

8. Transfer der Ergebnisse in die ergotherapeutische Praxis

Chu & Reynolds (2007) entwickelten zu ihrem Modell für Kinder mit ADHS einen ergotherapeutischen Behandlungsprozess. Die Erkenntnisse aus der verwendeten Literatur werden anhand dieses Behandlungsprozesses in die Praxis umgesetzt. Für einen möglichen Transfer der Resultate in die Schweiz werden nur hier vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten in den Behandlungsprozess einbezogen.

Der Behandlungsprozess ist auf der folgenden Seite ersichtlich. Aufgrund der Fragestellung wird nur auf die drei Phasen eingegangen, in welchen der behandelnde Ergotherapeut in direktem Kontakt mit den Eltern steht.

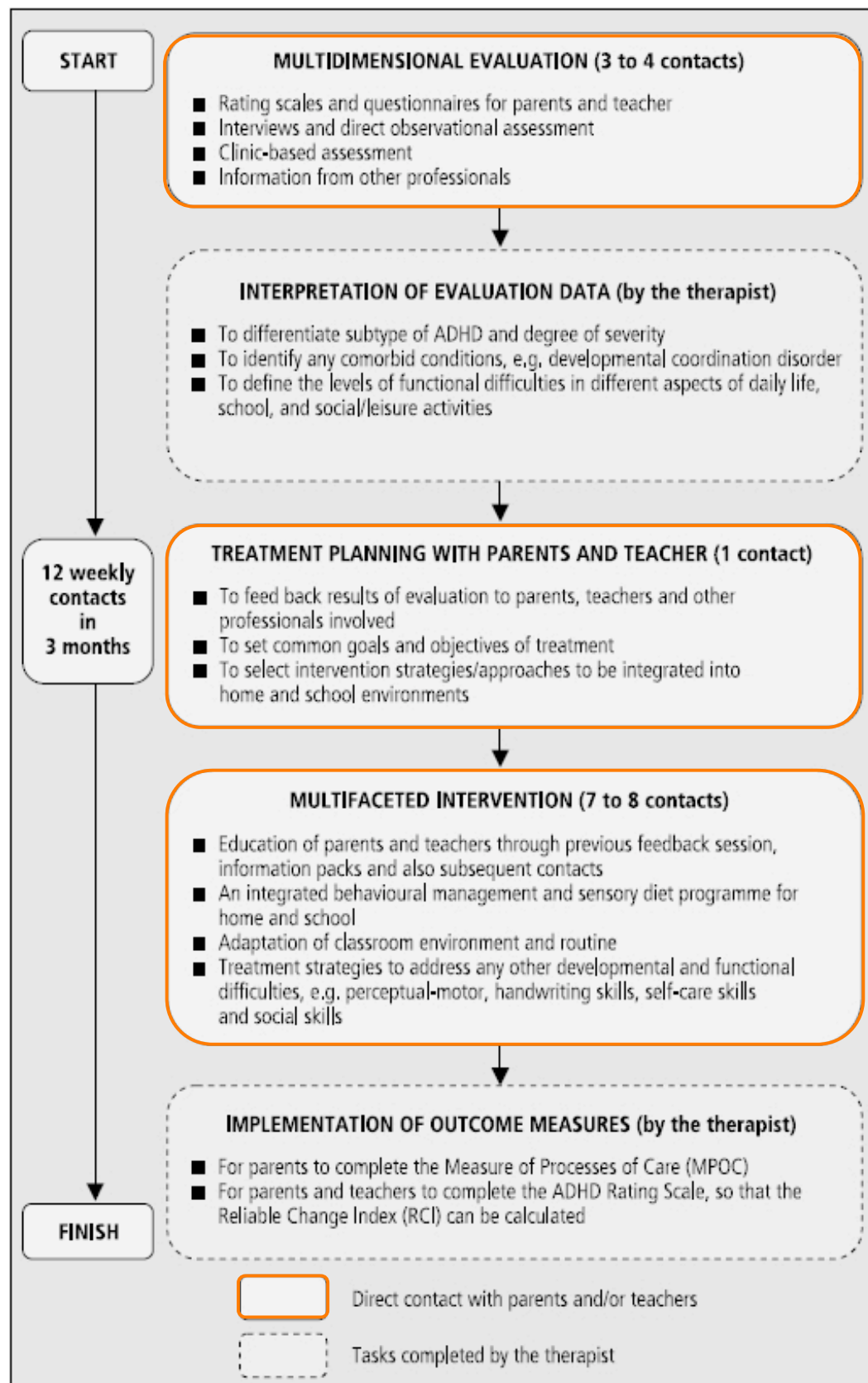


Abbildung 4. Behandlungsprozess.

8.1 Phase 1: Multidimensionale Evaluation

In dieser Phase werden die Schwierigkeiten und Ressourcen der Kinder und der Eltern erfasst. Zur Beantwortung der Fragestellung wird hier nur auf die Erfassung der Eltern eingegangen. Ziel der Erfassung ist es, den Unterstützungsbedarf der Eltern zu evaluieren. Dafür schlagen Mickan & Parkin (1998, zit. nach Hanna & Rodger, 2002, S.19) das Erfassungsinstrument Canadian Occupational Performance Measure (COPM)² vor. In der Diskussion wurde ersichtlich, wie unterschiedlich Schwierigkeiten und Bedürfnisse sind. Um auf diese Komponenten einzugehen, dient das COPM als Grundlage. Es werden die Schwierigkeiten und Ressourcen der Eltern erfasst und einen ganzheitlichen Einblick in das Alltagsleben der Eltern gewonnen. Dabei sollten auch mögliche Entscheidungsschwierigkeiten bezüglich der Ritalinabgabe berücksichtigt werden. Gemäss dem narrativen Reasoning vermittelt der Umgang der Klienten mit ihrem gegenwärtigen Leben den Ergotherapeuten, welche Bewältigungsstrategien und Möglichkeiten zielführend sein können (Feiler, 2003).

Es ist wesentlich, die unterschiedlichen persönlichen Vorstellungen und Überzeugungen von Müttern und Vätern zu kennen, da diese das Therapieergebnis beeinflussen (Johnston, Mah & Regambal, 2010). Das halbstrukturierte Interview ermöglicht es der Therapeutin/dem Therapeuten einzeln Fragen an einen Elternteil zu stellen. Dadurch wird die Rolle der Mutter und des Vaters noch detaillierter erfasst. Um die Intervention individuell zu gestalten, müssen die genauen Schwierigkeiten der Interaktion erfasst werden.

Chu & Reynolds (2007) empfehlen in der Erfassungsphase die Kind-Eltern-Interaktion zu beobachten, um weitere Informationen zur Familiendynamik zu sammeln. Eine gute Kind-Eltern-Interaktion wirkt sich positiv auf das Stressempfinden der Eltern aus (Treacy et al., 2005).

8.2 Phase 2: Behandlungsplanung mit den Eltern

Chu & Reynolds (2007) geben in dieser Phase Rückmeldungen über die Evaluation

² halbstrukturiertes Interview bzgl. des Alltagserlebens sowie Zielsetzungsinstrument

an die Eltern, um gemeinsam Ziele zu setzen. Das COPM dient hierbei als klientenzentriertes Zielsetzungsinstrument (George, 2002). Dadurch werden die individuellen Bedürfnisse in der Behandlungsplanung berücksichtigt. Auf Unterschiede aus der Erfassung von Müttern und Vätern soll hier eingegangen werden. Cronin (2004) schreibt, dass Feinfühligkeit gegenüber Wünschen und Bedürfnissen der Familien einen klientenzentrierten Fokus ermöglicht.

8.3 Phase 3: Multimodale Intervention

Die inhaltliche Gestaltung der Interventionen hängt stark von den individuellen Bedürfnissen und somit von der Zielsetzung ab. Aufgrund der Ergebnisse aus der Literatursuche sind folgende Interventionen und Strategien für den Alltag unterstützend: Verhaltenstraining (Behavioral Parent Training), Bewältigungsstrategien in Form von Routinen und Strukturen. In den Studien ebenfalls beachtet sind die Stärkung eigener Ressourcen und die Aufklärung über das Krankheitsbild. In der Tertiärliteratur werden diese beiden Aspekte als wichtig erachtet (Becker & Steding-Albrecht, 2006; Winter & Arasin, 2007). Deshalb werden sie in den Behandlungsprozess von Chu & Reynolds (2007) miteinbezogen. Mehrere Studien bestätigen die Effektivität einer multimodalen Intervention (Connors, Epstein, March, Angold, Wells, Klaric et al. 2001; zit. nach Chronis et al., 2004; Firmin & Philips, 2009) und Singh (2005) betont die Wichtigkeit, Entscheidungskonflikte bei der Ritalineinnahme zu berücksichtigen, was ebenfalls für eine multimodale Intervention spricht.

8.3.1 Elterntraining

Winter & Arasin (2007) geben konkrete Ideen, wie die Eltern die Kommunikation mit dem Kind und ihr Verhalten verbessern können. Diese sind in Form schriftlicher Informationen und Tipps zu Themen wie Regeln einführen, Aufforderungen geben und Konfliktsituationen lösen. Zu jedem Thema gehört ein Selbstreflexionsbogen, welcher von den Eltern ausgefüllt wird. Diese können mit nach Hause gegeben und anschliessend in der Therapie besprochen werden.

In der Schweiz bestehen Organisationen wie Elpos (Verein für Eltern und Bezugspersonen von Kindern sowie Erwachsene mit POS/AD(H)S) oder ADHS-Schweiz, welche verschiedene Angebote für die Eltern ausschreiben und Informationen auf Ihrer Homepage anbieten.

Es werden regelmässig Veranstaltungen zu verschiedenen Themen durchgeführt. Unter anderem gibt es Angebote für Elterncoachings (Elpos, 2011). Diese sind allerdings kostenpflichtig (für Vereinsmitglieder sind die Preise ermässigt). Die Elterncoachings beinhalten je nach Schwerpunkt die Vermittlung spezifischer Kommunikationsstrategien, das Besprechen von typischen Problemsituationen und/oder das Erlernen verschiedener effizienter Erziehungsstrategien. Das Ziel eines solchen Kurses ist es die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig zu verbessern und Konflikte und Stress in der Familie zu reduzieren. Die angebotenen Kurse basieren auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen und werden oft von Psychologen angeleitet. Ein von Elpos empfohlenes Elterntraining ist unter folgender Adresse zu finden: <http://www.adhs-elterncoaching.ch/>.

In der ergotherapeutischen Behandlung kann der Therapeut die Eltern über solche Angebote informieren und sie je nach Bedarf bestärken daran teilzunehmen. Nach Cunningham (2004) können die Arbeitszeiten, Transportschwierigkeiten oder die Kosten eine Barriere für die Eltern darstellen. Deshalb sollten diese bei der Empfehlung berücksichtigt und besprochen werden. Eine Weiterbildung zum ADHS-Coach erlaubt dem Ergotherapeuten solche Gruppenangebote selbständig durchzuführen.

Tauchen weitergehende Schwierigkeiten auf, welche die ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten überschreiten, sollte der Verweis auf andere Institutionen erfolgen (Becker & Steding-Albrecht, 2006). Bei Unsicherheiten bietet der Verein Elpos auch Beratung für Fachpersonen an.

8.3.2 Bewältigungsstrategien: Strukturen, Routinen und Ressourcen

Wie Firmin & Philips (2009) zeigen, erarbeiten sich viele Eltern selbst Strukturen, welche sich nach den Schwierigkeiten der individuellen Tagesabläufe richten und helfen diese zu bewältigen. Den Eltern wird so das Aufrechterhalten der

Tagesroutinen vereinfacht, was für das Funktionieren der Familie wichtig ist. Cronin (2004) betont, dass Ergotherapeuten in einer einflussreichen Position sind, um Mütter beim Aufbau einer sinnvollen Tagesroutine zu unterstützen und Chu & Reynolds (2007) bestätigen die Wichtigkeit strukturierter Tagesabläufe für Kinder mit ADHS. Winter & Arasin (2007) bieten in ihrem Buch Strukturierungshilfen an. Diese bestehen aus konkreten Arbeitsblättern zum Festhalten eines Tages- und Wochenplanes und Checklisten und Bestimmungen zum Medienkonsum. Becker & Steding-Albrecht (2006) erwähnen, dass Ergotherapeuten berücksichtigen müssen, welche strukturellen Veränderungen sinnvoll sind und von den Eltern mitgestaltet und mitgetragen werden können. Bestehen bereits Strukturen, welche als sinnvoll empfunden werden, können diese in der Therapie als Ressource aufgegriffen und weiterentwickelt werden. Kendall & Shelton (2003) empfehlen, den Familien die positiven Veränderungen aufzuzeigen, was unter anderem anhand der Reflexionsbögen von Winter & Arasin (2007) gemacht werden könnte. Nach Fichtner et al. (2005) erfragt der Ergotherapeut nach Kompetenzen und Ressourcen der Familie, um den Eltern ihre Stärken bewusst zu machen und ihnen ihr Potential zur Unterstützung ihres Kindes zu zeigen.

Treacy et al. (2005) weisen ebenfalls auf die Wichtigkeit zur Stärkung der Ressourcen der Eltern hin. In ihrem Trainings bieten sie Entspannungstechniken an, welche während des Trainings praktiziert und für zu Hause erlernt werden. Auch im Familientyp „surviving family“ (Kendall & Shelton, 2003) wird diese Strategie von Eltern als Ressourcenstärkung angewandt.

8.3.3 Aufklärung zum Krankheitsbild

Die Aufklärung über das Krankheitsbild und seine Auswirkungen, ein Teil der untersuchten Interventionen von Treacy et al (2005) und Danforth et al. (2006), ist ebenfalls Teil des Behandlungsprozesses von Chu & Reynolds (2007). Eltern mit grösserem Wissen über ADHS fühlen sich kompetenter (Cunningham, 2007). Durch die Aufklärung werden die Eltern befähigt, selbständig Entscheidungen zu treffen und ihr Verhalten anzupassen (Becker & Steding-Albrecht, 2006). Für die Aufklärung schlagen Becker & Steding-Albrecht (2006) Gespräche oder die Abgabe von

Informationsmaterial vor. Fichtner et al. (2005) schlagen vor, Eltern die Schwierigkeiten anhand von Alltagsbeispielen erklären oder sie Hypothesen aufstellen zu lassen und einen Bezug zu neurophysiologischen Zusammenhängen herzustellen. Der Verein Elpos verfügt über eine Bibliothek, welche Bücher an alle Interessierten ausleiht. Die Bücherliste ist im Anhang auf Seite 87 aufgeführt.

8.3.4 Unterstützung bei Entscheidungsfindung über Ritalinabgabe

Die Studie von Singh (2005) zeigt, dass Eltern sehr unterschiedlich für oder gegen die Ritalineinnahme argumentieren und für viele die Schwierigkeit besteht, die Entscheidung mit ihren moralischen Konzepten zu vereinbaren.

Um die Eltern in diesem Entscheidungskonflikt zu unterstützen, müssen nach Singh (2005) das Verhalten des Kindes, der Kontext und die moralischen Konzepte der entscheidenden Personen genau betrachtet werden. Durch die genaue Evaluation zu Beginn der Behandlung erfasst der Ergotherapeut diese Faktoren.

Es ist bei diesem Thema wichtig, die Eltern auf medizinischer Grundlage über Vor- und Nachteile sowie über Aus- und Nebenwirkungen des Medikaments zu informieren. Dadurch können sie selbständig Entscheidungen treffen (Becker & Steding-Albrecht, 2006).

Der Verein Elpos bietet zudem Beratungsmöglichkeiten und Broschüren zum Thema Ritalin an, worauf der Ergotherapeut die Eltern hinweisen kann. Sollte das Medikament verabreicht werden, braucht es nach Neuhaus (2002) eine enge Zusammenarbeit mit dem Arzt.

9. Schlussfolgerung

Durch die Ergebnisse wurden wichtige Aspekte, wie Eltern mit Kinder mit ADHS mit den erhöhten Anforderungen umgehen und was zur Unterstützung der Eltern dient, bekannt. Die qualitativen Studien zeigten, welche Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien die Eltern im Alltag haben und benutzen. In den beiden verschiedenen Elterntrainings wurden mögliche Interventionsmassnahmen für die Eltern ersichtlich. Es stellten sich folgende Faktoren für einen wirkungsvollen Behandlungsprozess in der Ergotherapie heraus:

- Erfassung der individuellen Bedürfnisse und individuelle Behandlungsplanung
- Bewältigungsstrategien durch Strukturen und Routinen erarbeiten
- Ressourcen der Eltern stärken
- Aufklärung zum Krankheitsbild ADHS und Ritalin
- Empfehlen von Elterntrainings

Durch das Modell von Chu & Reynolds (2007) wird nachvollziehbar, wie sich diese Erkenntnisse in die ergotherapeutische Praxis umsetzen lassen.

Es bleibt offen, wie die Elterntrainings spezifischer gestaltet werden könnten, um verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse der Eltern einzugehen. Es braucht mehr Untersuchungen, welche Formen von Elterntrainings am effektivsten sind (Chronis et al., 2004). Umstände und Situationen der Eltern wie die Bildung, Alleinerziehung oder die psychische Verfassung sind dabei zu berücksichtigen (Chronis et al., 2004). Dadurch können die Elterntrainings spezifisch auf die gegebenen Umstände und Situationen ausgerichtet werden. Die Einteilung der Familientypen von Kendall & Shelton (2003) könnte einerseits als Grundlage für weitere Forschung über spezifischere und wirksamere Elterntrainings dienen, andererseits kann sie in der Ergotherapie einen Anhaltspunkt für eine konkrete und individuelle Behandlungsplanung bieten.

Chronis et al. (2004) bemerken, dass allgemein Studien über die Nachhaltigkeit der Interventionen fehlen.

Über den in der Diskussion erwähnten Unterschied zwischen Müttern und Vätern sind ebenfalls weitere Untersuchungen zu der Ursache des Unterschieds nötig.

Ein weiterer offener Aspekt bleibt, inwiefern die Aufklärung über Ritalin den Eltern bei

der Entscheidung zur Verabreichung hilft.

Bei schwerwiegenden Belastungen der Eltern sind die Handlungsmöglichkeiten der Ergotherapie begrenzt. Dabei ist es wichtig, Kenntnisse über andere weitere unterstützende Massnahmen zu haben, um diese den Eltern empfehlen zu können.

Für eine ganzheitliche, familienzentrierte Intervention sind die Untersuchung und die Berücksichtigung von weiteren beeinflussenden Umweltfaktoren wie die finanzielle Situation, Krankheitsfälle in der Familie oder die Unterstützung durch Angehörige der Eltern notwendig, um weitere Auskünfte über die Gründe der Belastungen zu erhalten. In Zukunft wäre es interessant, die hier erarbeiteten Unterstützungsmöglichkeiten aus ergotherapeutischer Sichtweise zu untersuchen. Dies würde das Wissen der Ergotherapeuten spezifizieren und ihnen ermöglichen, die Interventionen evidenzbasiert zu gestalten. Für die Umsetzung der Resultate in die hiesige Praxis wären Studien aus der Schweiz von Vorteil.

10. Eigenständigkeitserklärung

Wir bestätigen hiermit, dass die Arbeit eigenständig erarbeitet und verfasst wurde.

Winterthur, 20.05.2011

Anna Ruch

Denise Zumkehr

11. Anhang

11.1 Angabe der Anzahl Wörter der Bachelorarbeit

Abstract: 191 Wörter

Gesamte Bachelorarbeit (ohne Anhang): 11'719 Wörter

11.2. ADHS Diagnosekriterien

11.2.1 DSM-IV

Für eine Diagnosestellung ADHS müssen entweder A1 und/oder A2 sowie B, C, D und E zutreffen, wie das DSM-IV-TR (2003) angibt.

A1 Kriterien Unaufmerk- samkeit nach DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> - beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten - hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten - scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen - führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellem Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten) - hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
A2 Kriterien Hyper- aktivität / Impulsivität nach DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> - zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum - steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf - läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben) - hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen - ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben" - redet häufig übermässig viel - platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist - kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist - unterbricht und stört andere häufig (Dazwischen-Reden) - vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben) - verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug) - lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
B	Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf
C	Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder

	mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause)
D	Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein
E	Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)

11.2.2 Invalidenversicherung Schweiz

Das Bundesamt für Sozialversicherung (2010) schreibt folgende Kriterien zur Diagnosestellung eines POS wie folgt vor:

Ziff. 404 GgV wird wie folgt umschrieben: „Kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales hirnlokales Psychosyndrom), sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind“. In der Rechtsprechung werden die rechtlich relevanten Merkmale des POS im Sinne von Ziff. 404 GgV folgendermassen definiert: Ein POS kann sowohl angeboren als auch erworben sein. Die rechtlichen Voraussetzungen für eine POS-Anerkennung können als erfüllt gelten, wenn bei normaler Intelligenz und vor dem 9. Geburtstag mindestens Störungen des Verhaltens (im Sinne krankhafter Beeinträchtigung des Gefühlslebens oder der Kontaktfähigkeit), des Antriebes (gemeint sind hier Hyper- und Hypoaktivität), des Erfassens (gemeint sind vor allem visuelle oder auditive Wahrnehmungsstörungen), der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit ärztlich ausgewiesen sind und eine Behandlung vor dem 9. Geburtstag begonnen hat.

Die genannten POS-Symptome müssen nicht unbedingt gleichzeitig vorhanden sein, sondern können nacheinander auftreten. Wurden bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Merkmale ärztlich festgestellt oder ist die Behandlung nicht rechtzeitig erfolgt, sind die Voraussetzungen für Ziff. 404 GgV nicht erfüllt. Immerhin lässt es die Rechtsprechung aber zu, dass die beweisrechtliche Frage, ob die rechtzeitig gestell-

te Diagnose eines POS zutraf, auch mit erst nach dem 9. Altersjahr vorgenommenen ergänzenden Abklärungen beantwortet wird.

11.3 Die verschiedenen Faktoren des Delineation Model of Practice

The child with ADHD

Das Modell zeigt die Interaktion zwischen Kind, Umwelt und Aufgabe auf den verschiedenen Funktionslevels des Kindes (neurologisch, psychologisch und verhaltensbezogen) auf. Es wird vorgeschlagen, diese Faktoren zu erfassen und neurologische, psychologische sowie verhaltensbezogene Strategien anzuwenden, um die Performanz und Partizipation des Kindes in verschiedenen Aktivitäten zu unterstützen.

The environment

Nach Case-Smith (2001; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S. 374) ist die Umwelt, der Kontext, in dem das Kind handelt. Dazu gehören die physikalische und soziale Umwelt. Umweltfaktoren können die Performanz des Kindes befähigen oder hindern. Kinder mit ADHS zeigen verschiedene Symptome während verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Situationen. Deshalb ist es wichtig, die beeinflussenden Faktoren zu evaluieren, um die Verhaltensmuster des Kindes mit ADHS zu erfassen.

The task demands

Ergotherapeuten ordnen gemäss Watson & Llorens (1997; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S. 374) Aufgaben/Tätigkeiten in die Bereiche Selbstversorgung, Schule/Arbeit, Spiel und Freizeit und soziale Partizipation. Die Aufgaben sind nach Case-Smith (2001; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S. 374) alters- und umweltbezogen. Das Ziel und die Absicht des Kindes für die Aufgabe spielt eine zentrale Rolle und sollte bei der Intervention berücksichtigt werden.

Child-environment-task balance

Die Kind-Umwelt-Aufgaben Balance entscheidet über den Performanz- und Partizipationserfolg. Dazu müssen die Fähigkeiten und Eigenschaften des Kindes, die Aufgabenanforderungen und die physikalischen, sozialen und kulturellen

Umweltbedingungen zusammenspielen (Law, Cooper, Strong, Steward, Rigby, Letts, 1996; zit. nach Chu & Reynolds, 2007, S. 374).

11.4 Kritische Beurteilung der Studien

11.4.1 A qualitative Study of Families and Children Possessing Diagnoses of ADHD.

Firmin & Philips (2009)

Der Zweck der Studie ist angegeben.	Das Ziel der Studie ist die täglichen Erfahrungen von Familien mit Kindern mit ADHS zu beschreiben und besser zu verstehen, wie sie die täglichen Routinen anpassen, um die Handlungskompetenz ihrer Kinder zu unterstützen. Die Autorinnen wollen damit die Resultate der Studie von Segal & Frank von 1998 prüfen und vervielfältigen. Nach Firmin (2006) wird die externe Validität von qualitativen Studien durch Folgestudien verstärkt. Die Resultate sollen die Zusammenarbeit mit diesen Familien unterstützen und sind besonders für die Ergotherapie relevant. Nach Segal & Frank (1998) ist erst durch das Verstehen der Familienaktivitäten eine effektive Behandlung für Kinder mit ADHS in ihren Familien möglich.
Hintergrundliteratur	Firmin & Philips (2009) zeigen anhand verschiedener Literaturangaben die Problemstellung von Familien mit Kindern mit ADHS und die Notwendigkeit von Anpassungen der täglichen Routinen innerhalb der Familie auf. Wie auf die Vorgängerstudie von Segal & Frank (1998) abgestützt, ist das Einbringen von Aktivitäten in die tägliche Routine von Familien für die Ergotherapie von grosser Bedeutung. Die meisten Studien untersuchten bisher Elterntrainings zur Verbesserung der Kommunikation und weniger die nötigen Anpassungen der Tagesstruktur innerhalb der Familien.
Design	Für die Studie wurde das phänomenologische Studiendesign gewählt. Wie bei Law et al. (1998) angegeben, wird damit das Phänomen einer gelebten Erfahrung erfasst. Dadurch hat Firmin & Philips (2009) ein geeignetes Design gewählt, um die Erfahrungen der Familien zu erfassen.
Methoden	Sie nutzten dieselbe Interviewmethode von Segal & Frank (1998), um die Eltern in einem offenen Interview erzählen zu lassen. Der Fokus lag auf ihrem Tagesablauf und die typischen oder atypischen Aktivitäten eines Tages. Die Interviews wurden aufgenommen und anschliessend transkribiert.
Stichprobenauswahl	Es wurden 17 Familien (welche Mitglieder der nationalen Unterstützungsgruppe von Kindern und Erwachsenen mit ADHS waren) mit mindestens einem ADHS Kind (diagnostiziert nach DSM-IV) befragt. Zwei davon waren alleinerziehende Mütter und alle stammten aus der Mittelklasse aus den USA. Die meisten Kinder nahmen Ritalin. Davon waren 18 Knaben und 6 Mädchen zwischen 6 und 17 Jahren. Alle erfüllten möglichst ähnliche Kriterien wie

	die Stichprobe aus der Studie von Segal & Frank (1998) und gaben ihre Zustimmung dazu. Für die Datensättigung orientierten sie sich nach Segal an 17 Familien.
Datenerhebung Deskriptive Klarheit	Hintergrundangaben zu den Familien und eine bildhafte Vorstellung über die Durchführung des Interviews wurde beschrieben. Wo genau dies stattfindet, wird nicht erwähnt. Das Interview dauerte zwischen 30 und 40 Minuten. Über die Forscher selbst und deren Beziehung zu den Familien wird nichts angegeben. Auch sind ihre persönlichen Ansichten zu diesen Themen nicht angegeben.
Prozedurale Strenge	Die Datenerheber informierten sich vorher durch andere Betroffene und ADHS – Organisationsmitglieder über das Thema. Die Gesamtdauer zur Datenerhebung ist nicht bekannt. Ansonsten beschreibt der Autor die Methoden der Datenerhebung und des Vorgehens ausführlich.
Datenanalyse Analytische Genauigkeit	Der Autor beschreibt den Prozess der Entwicklung von induktiven Kategorien und wie die Forscher zu den Resultaten kamen. Sie verwendeten ein System, um die Codes ändern und allenfalls wieder rückgängig machen zu können. Die Resultate widerspiegeln die Informationen der Interviewten und sind konsistent.
Überprüfbarkeit	Sie verwendeten nach der Transkribition der aufgenommenen Interviews dieselbe Kodierungsmethode von Segal & Frank (1998) zur Datenanalyse. Dazu gehörte das offene kodieren, um wiederkehrende Wörter und Muster zu finden. Dabei achteten sie auf Unterschiede zu den Studienresultaten von Segal & Frank (1998). Sie trennten die Familiengeschichten von Routinen und Tätigkeiten. Die Forscher führten regelmässige Treffen durch, um die Codes zu diskutieren.
Theoretische Verbindungen	Firmin & Philips (2009) zeigten in ihren Ergebnissen auf, welche Zeiten für die Eltern am schwierigsten sind, welche Zusammenhänge bestehen und zwei daraus resultierende Strategien der Familie: Routinen und Strukturen. Dadurch erklärten sie die Wichtigkeit die Familienstrukturen besser zu verstehen und Routinen einzubringen, was von ergotherapeutischer Relevanz ist.
Vertrauenswürdigkeit	Eine Triangulierung ist durch die gegenseitigen Überprüfungen der Forscher und durch verschiedene Quellenangaben gewährleistet. Diese Überprüfungen zeigten, dass die Resultate die Meinungen der Familien repräsentieren. Ebenfalls fand ein Member checking statt.
Schlussfolgerungen	Die Resultate werden in der Schlussfolgerung verständlich zusammengefasst und die Relevanz für die Arbeit mit den Eltern aufgezeigt. Die Resultate zeigen ein besseres Verständnis für die Familie mit einem Kind mit ADHS und bestätigten die Resultate von Segal & Franks (1998) Studie, was auch ein Ziel war. Zudem zeigen sie Einschränkungen bezüglich der Übertragbarkeit auf die Gesamtbevölkerung

	<p>auf, da die Familien alle ähnlicher Herkunft sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eltern gut über das Krankheitsbild ADHS informiert sind und Verständnis für das Verhalten ihres Kindes haben. Hauptsächlich passten die Eltern ihre eigenen Routinen an, um die Bedürfnisse der ganzen Familie zu erfüllen. Sie wissen, dass Routinen bei ihnen nicht natürlich entstehen, diese aber wichtig für das Funktionieren der Familie sind. Viele nutzen visuelle Strukturen wie Kalender oder Notizbücher, um die Routinen aufrecht zu erhalten. Einige wendeten verbale Instruktionen an, um das gewünschte Verhalten der Kinder und dadurch die Tagesaktivitäten zu unterstützen. Für den erfolgreichen Alltag zeigt die Studie die Relevanz von Routine und Struktur für die Familie.</p>
--	---

11.4.2 A Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD

Kendall & Shelton (2003)

Zweck der Studie	Der Zweck der Studie ist es zu erforschen, wie Familien mit einem Kind mit ADHS im Alltag funktionieren und wie sie mit den daraus entstehenden Schwierigkeiten umgehen. Mit Hilfe dieses Wissen sollen Interventionen spezifischer gestaltet werden können.
Hintergrundliteratur	Es wird in der Einleitung verschiedene Literatur zu diesem Thema erwähnt. Die Wissenslücke wird dadurch ersichtlich. Die Studie ist keine ergotherapeutische Studie. Sie behandelt aber ein Thema welches für die Ergotherapie zentral und für das Verständnis, wie eine betroffene Familie mit ihrer Situation umgeht, relevant ist.
Design	Die Autoren wählten für die Studie ein Grounded Theory Design. Es wird in der Studie eine Theorie entwickelt, welche das Einteilen von Familien in verschiedene Funktionstypen ermöglicht. Das Design ist für das Ziel korrekt gewählt.
Methoden	Als Methode wählten die Autoren offene Interviews, welche einzeln und mit der ganzen Familie durchgeführt wurden.
Stichprobenauswahl	Die Stichprobe, bestehend aus 15 Familien, wird umfassend beschrieben (Anzahl Mitglieder, Alter, Familienzusammensetzung etc.) und es wird erwähnt, in welchen Institutionen und Organisationen die Forscher die Familien angeworben haben. Es fehlt jedoch eine detaillierte Angabe darüber nach welchen Kriterien die Familien ausgewählt wurden. Es wird einzig erwähnt, dass die Familien alle Kinder oder Jugendliche mit ADHS haben. Über den Schweregrad des ADHS werden keine Angaben gemacht.

Datenerhebung Deskriptive Klarheit Prozedurale Strenge	<p>Die Autoren geben keine Auskunft über den Ort der Durchführung der Interviews und es wird nicht erwähnt, wieviele Forscher an der Studie beteiligt waren. Es wird aber beschrieben, welches die Schwerpunkte der Befragung waren.</p> <p>Die Forscher zeigen auf, wie viele Interviews im gesamten durchgeführt worden sind und wie lange diese jeweils dauerten. Sie beschreiben den Prozess einer zweiten Befragung nach acht bis zwölf Wochen, um das Wissen spezifisch zu vertiefen. Über die Schulung der Forscher wird nicht Auskunft gegeben.</p>
Datenanalyse Analytische Genauigkeit Überprüfbarkeit Theoretische Verbindungen	<p>Der Prozess der Datenanalyse wird kurz und genau beschrieben. Die Befragungen wurden aufgenommen, transkribiert und nach Eigenschaften aus den Antworten der Teilnehmer analysiert. Die Autoren beziehen sich hier auf Strauss & Corbin (1998). Es kristallisierten sich gewisse Konzepte und Muster aus den Codes heraus, welche zu Kategorien zusammengefasst wurden. Mit der Methode des theoretical sampling reagierten die Forscher in der zweiten Befragung auf spezifische Themen und Trends aus der ersten Datenerhebung.</p> <p>Es wird erwähnt, dass theoretical notes gemacht wurden, um Entscheidungen gedanklicher Art festzuhalten. Diese werden jedoch nicht genauer beschrieben.</p> <p>In den Ergebnissen werden die verschiedenen Konzepte und Zusammenhänge des untersuchten Themas ersichtlich. Die Autoren machen zu jedem Familientyp Empfehlungen für klinische Interventionen, welche sie von den Ergebnissen der Studie und von eigenen Erfahrungen und Beobachtungen ableiten. Es wird eingehend erklärt, weshalb diese Empfehlungen mit den Ergebnissen zusammen präsentiert werden.</p>
Vertrauenswürdigkeit	<p>Die Triangulierung ist nach Forscher und nach Quellen gewährleistet. Es wurden mehrere verschiedene Personen befragt und der gegenseitige Austausch der Forscher verhindert das Auftreten eines systematischen Fehlers. Es wurde bei der zweiten Befragung ein member checking für die erhobenen Daten durchgeführt. Ob die Daten aus dem zweiten Sampling ebenfalls durch die Teilnehmer überprüft wurden, ist unklar.</p>
Schlussfolgerungen	<p>In der Schlussfolgerung werden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal erwähnt und mit dem Ziel der Studie in Verbindung gebracht. Die Gedanken, welche die Autoren in der Schlussfolgerung beschreiben, stimmen mit den Ergebnissen überein und sind für alle Gesundheitsberufe, welche mit Kindern mit ADHS und deren Familien in Kontakt kommen, von Bedeutung.</p>

11.4.3 The Outcome of Group Parent Training for Families with Children with Attention deficit/hyperactivity Disorder and defiant/aggressive Behavior

Danforth, Harvey, Ulaszek & McKee (2006)

Zweck der Studie	Der Zweck der Studie wird von den Autoren klar angegeben. Die Studie untersucht den Effekt von einem Elterntraining auf das Erziehungsverhalten der Eltern sowie auf das Verhalten der Kinder. Ziel war es zu evaluieren, ob das Elterntraining unkooperatives und oppositionelles Verhalten der Kinder und elterlichen Stress reduziert, und ob es das Erziehungsverhalten der Eltern verbessert. Die Studie ist eine Folgestudie mit grösserem Sample als ihre Vorgänger.
Hintergrundliteratur	Die Notwendigkeit der Studie wird einerseits durch den Zweck einer Folgestudie gerechtfertigt. Andererseits zeigen die Forscher die Wichtigkeit für eine alternative, effektive, evidenzbasierte Intervention zu der medikamentösen Behandlung auf. Die Autoren beziehen sich in der Einleitung auf verschiedene Literatur bezüglich dieses Themas und stützen ihre Überlegungen auf Aussagen anderer Forscher.
Design	Die Autoren wählten ein Vorher-Nachher-Design um die Effektivität der Intervention zu evaluieren. Dieses Design ist in diesem Fall angemessen, da noch nicht viel Forschung über dieses Thema existiert und die Forscher an drei small sample outcome Studien anknüpfen, mit dem Ziel dieselbe Intervention bei einer grösseren Stichprobe durchzuführen.
Stichprobe	Die Stichprobe wird genau beschrieben, es bestehen klare, nachvollziehbare und sinnvolle Ein- und Ausschlusskriterien, welchen von 84 Familien 49 entsprechen (46 Mütter, 26 Väter). Wichtige Merkmale der Teilnehmer sind angegeben. Über die wohlinformierte Zustimmung geben die Autoren keine Auskunft.
Ergebnis (outcomes)	Die Autoren erwähnen die Ergebnisse und beschreiben die verwendeten Messinstrumente. Sie erklären was und warum mit den bestimmten Messinstrumenten evaluiert werden soll. Die Häufigkeit der Messungen ist angegeben, sie finden vor der Intervention und danach statt. Die Messungsinstrumente sind reliabel und valid, die Studien dazu angegeben.
Massnahmen	Die Massnahme wird detailliert beschrieben. Es wäre gut möglich sie in einem ergotherapeutischen Setting durchzuführen. Sie besteht aus acht Sitzungen à 75-90 Min. und beinhaltet das Vermitteln von Hintergrundwissen und Theorie über das Krankheitsbild und das Erlernen und Üben von Fertigkeiten des Verhaltensmodells. Die Intervention fand in fünf verschiedenen Gruppen statt, jede mit neun bis zehn

	Familien. Ob eine Ko-Intervention verhindert worden ist, ist nicht bekannt.
Ergebnisse	<p>Die statistische Signifikanz der Resultate ist ausgewertet und in Tabellen angegeben. Bei Müttern und Vätern verringerte sich die Anzahl von problematischem Verhalten des Kindes signifikant. Auch das Vorkommen von unkooperativem Verhalten gegenüber den Eltern verringerte sich bei Müttern und Vätern signifikant. Die Eltern verbesserten ihre Erziehungsstrategien und erreichten einen ebenfalls statistisch signifikanten Wert.</p> <p>Als Analyseverfahren für die Daten aus den Messungen haben die Autoren eine einfache Varianzanalyse (ANOVA) verwendet, welche grosse Abhängigkeit der abhängigen Variablen von den unabhängigen zeigte. Um die Resultate der fünf Gruppen miteinander zu vergleichen, benutzten die Forscher eine multifaktorielle Varianzanalyse (MANOVA). Sie fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p> <p>Die Drop-outs wurden angegeben, es wird aber nicht erklärt, wann und weshalb diese Teilnehmer ausgeschieden sind.</p>
Schlussfolgerungen und klinische Implikationen	<p>Der Intervention liegt ein neu entwickeltes Modell zu Grunde, welches auf empirische Literatur aufbaut. Die guten Resultate führen die Forscher auf die Art der Massnahme zurück. Sie unterscheidet sich inhaltlich von anderen Elterntrainings, da sie gezielt versucht die Kind-Eltern-Interaktion zu verbessern. Die Autoren verwiesen aber darauf, dass ohne eine Kontrollgruppe keine allgemeingültige Aussage über die Effektivität dieses Elterntrainings gemacht werden kann, da unsicher ist, ob die Verbesserung einzig auf die Intervention zurückzuführen ist. Die Autoren geben aber Argumente, welche die Hypothese unterstützen und empfehlen eine RCT-Studie durchzuführen, um die Resultate zu bestätigen. Die untersuchte Massnahme könnte Teil einer ganzheitlichen Intervention für betroffene Eltern sein, welche dem Ziel dient die Kind-Eltern-Interaktion zu verbessern.</p>

11.4.4 Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Treacy, Tripp & Baird (2005)

Der Zweck der Studie ist angegeben.	Die Studie wollte ein Training zum Stressmanagement für Eltern mit Kindern mit ADHS testen. Dieses soll den Stress von Eltern reduzieren, ihre Stimmung, das Funktionieren der Familie, den Erziehungsstil, ihre Kontrollüberzeugungen und die soziale Unterstützung verbessern. Das Training berücksichtigt die Stressfaktoren: Schwierigkeiten der Kinder mit ADHS, der Eltern und den Umgebungsfaktoren.
--	---

Hintergrundliteratur	Treacy et al. (2005) zeigen anhand mehrerer Literaturangaben die Gründe für ihre Studie auf. Sie belegen z.B. mit Baker (1994; zit. nach Treacy et al., 2005), dass Eltern mit ADHS Kinder erhöhten Stress erleben und zeigen die Notwendigkeit für eine Intervention für Eltern auf. Sie erwähnen, welche Studien bereits bestehen, und dass noch eine Wissenslücke in Bezug auf Interventionen zur Stressreduktion für Eltern besteht.
Design	Durch das randomisierte kontrollierte Studiendesign können die Forscher die Wirksamkeit des Trainings sinnvoll testen. Sie nutzen für die Ergebnistests verschiedene standardisierte Messinstrumente, welche die Reduktion der verursachenden Stressfaktoren untersuchen. Dass die Kontrollgruppe auf einer Warteliste stand, ist ethisch gut vertretbar.
Systematische Fehler	Mögliche Fehler bei der Stichprobe: die Familien nahmen freiwillig an der Studie teil und können daher motivierter für das Programm sein. Die Jahreszeit war beim Untersuchungszeitpunkt für alle dieselbe. Durch die acht verschiedenen Messinstrumente besteht eine grosse Anzahl Messungen, was den geringeren signifikanten Unterschied von Kontroll- und Behandlungsgruppe beeinflusst haben kann. Bezüglich der Massnahme besteht kein Fehler, da die Behandlung für alle am gleichen Ort stattfand, vom selben Therapeuten, über längere Zeit dauerte und keine Ko-Interventionen angeboten wurde.
Stichprobenauswahl	Es nahmen 40 Mütter und 23 Väter mit mindestens einem Kind mit ADHS nach DSM-IV im Alter von 6-15 Jahren teil. Davon waren nur zwei Kinder über 13 Jahre alt. 88% der Kinder nahmen zum Untersuchungszeitpunkt Ritalin. Es nahmen Alleinerziehende und gemeinsam Erziehende teil. Die Rekrutierung durch eine universitäre Forschungsklinik und einem pädiatrischem Ambulatorium wurde klar beschrieben. Die Stichprobengrösse ist durch die verfügbare Population begründet und die Ein- und Ausschlusskriterien sind angegeben. Alle Eltern wurden telefonisch aufgeklärt und gaben ihre Zustimmung.
Ergebnisse (outcomes)	Zur Messung wurden acht gut beschriebene, standardisierte (ausser dem Fragebogen über die Zufriedenheit mit dem Training) Messinstrumente verwendet, welche die begründeten, verursachenden Stressfaktoren für die Eltern messen: <ul style="list-style-type: none"> - Parenting Stress Index: Fragebogen zum Stress der Eltern aufgrund des Verhaltens der Kinder und aufgrund des eigenen Verhaltens. - Beck Depression Inventory: Fragebogen zum Erfassen von Depressionssymptomen - Parenting Scale: Fragebogen zum Erziehungsstil. - Parental Locus of Control Scale: Einschätzungsskala zu der Effektivität der Erziehung, der Elternverantwortung, Kontrolle der Kinder über das Leben der Eltern,

	<p>ihr Glaube an Schicksal, Kontrolle der Eltern über das Leben der Kinder.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Family Assessment Device-Short Form: Fragebogen zur Gesundheit und Funktionsweise der Familie. - Locke-Wallace Marital Adjustment Text: Fragebogen zu der Ehebeziehung. (ging nur an die Verheirateten) - Brief Social Support Questionnaire: Fragebogen zur Situation der sozialen Unterstützung und der Zufriedenheit damit. - Consumer Satisfaction Questionnaire: Fragebogen spezifisch zur Zufriedenheit mit dem untersuchten Gruppenprogramm für die Eltern. <p>Die Forscher erwähnen die hohe Reliabilität dieser Messinstrumente und gute interne Validität.</p>
Massnahmen	<p>Die Massnahme zur Stressreduktion der Eltern ist wesentlich für die Ergotherapie, da diese Einfluss auf eine erfolgreiche Behandlung für Kinder mit ADHS hat.</p> <p>Das Programm wurde von zwei Therapeutinnen, einem Psychologie-Studenten und einem Psychologen durchgeführt. Es bestand aus folgenden neun Einheiten, welche in der Forschungsklinik stattfanden und einmal wöchentlich zu je zwei Stunden dauerten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programmablauf und Verständnis für Stress 2. Aufklärung und Bildung über das Krankheitsbild ADHS 3. Informationen zu finanziellen und Ausbildungs-Rechten und gesellschaftliche Unterstützungsmöglichkeiten 4. Persönliche Fähigkeiten im Problemlösen erarbeiten 5. Kognitive Zusammenhänge von Verhalten verstehen und ändern 6. Kommunikationsfähigkeiten verbessern 7. Eigene Ressourcen stärken 8. Fähigkeiten beim Erziehen stärken 9. Nachbearbeitung, Wiederholung und Klärung zusätzlicher Fragen <p>Kontaminierung entfällt, da niemand der Kontrollgruppe an dem Programm teilnahm. Es wird jedoch nicht beschrieben, ob jemand eine zusätzliche Intervention von einer anderen Institution erhält.</p>
Ergebnisse	<p>Der p-Wert lag bei 0.05. Es zeigten sich für die Mütter nur drei signifikante Veränderungen: Reduktion des Stresses, verbesserter Erziehungsstil und verbesserte Kommunikation. Für die Väter war es nur ein signifikanter Faktor. Die jeweiligen p-Werte wurden angegeben. Als Analyse-methode für die Daten aus den Messungen haben die Autoren die Varianzanalyse (ANOVA) verwendet.</p> <p>Die Messungen wurden vor und nach Programmstart durchgeführt mit einem sechs- und zwölf Monate follow-up.</p> <p>Treacy et al. (2005) sagen, dass es eher unrealistisch sei, dass das Programm alleine den Stress der Eltern normalisiere und weitere Forschung nötig ist. Jedoch sei es für die Mütter effektiv. Nach Webster-Stratton (1990, zit. nach Treacy et al.</p>

	<p>2005, S. 232) ist die Stressreduktion jedoch hilfreich für andere Behandlungskomponenten.</p> <p>Sieben Teilnehmer traten bevor das Programm begann zurück, drei weitere von der Kontrollgruppe und jemand während des Programms. Gründe dafür waren Transportschwierigkeiten, Arbeitsbedingungen, zu wenig Zeit oder Zeitkonflikte mit Aktivitäten der Kinder. Wenige Teilnehmer retournierten die Fragebögen nach dem Programm nicht mehr.</p>
Schlussfolgerungen und Implikationen	<p>Alle Teilnehmer schienen sehr zufrieden mit dem Training. Der p-Wert wurde sehr niedrig auf 0.05 angesetzt, um TypII Fehler (das heisst gemäss Law et al. (1998) die Wahrscheinlichkeit eine tatsächlich falsche Nullhypothese nicht zu verwerfen, irrtümlicher Glaube, daß kein Zusammenhang existiert, wo tatsächlich einer besteht) zu vermeiden. Die Resultate zeigen für die Mütter eine signifikante Reduktion des Stresses und Verbesserung des Erziehungsstils (besonders durch Reduktion der Überreaktionen und mehr Gelassenheit). Für Väter zeigte das Programm nur eine Verbesserung der Kommunikation. Mögliche Gründe werden angegeben. Die Ehebeziehung, das Verhalten des Kindes oder die soziale Unterstützung wurde durch das Training nicht verbessert. Die Autoren erwähnen, dass das Training aufgrund der Gruppengrösse nicht individuell war und durch die einmalige Durchführung nicht intensiv. Das Programm müsste mehr getestet werden, um es mehr reliabel zu machen und inhaltlich zu verbessern. Es braucht mehr Forschung, um auf die Bedürfnisse der Väter eingehen zu können. Jedoch zeigen die Forscher die Wichtigkeit des Trainings zur Stressreduktion. Es zeigt Bedürfnisse der Eltern mit Kinder mit ADHS auf, und dass noch zu wenig Interventionen auf diese ausgerichtet sind.</p>

11.4.5 Will the „Real Boy“ Please Behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD.

Singh (2005)

Der Zweck der Studie ist angegeben.	<p>Die Studie untersuchte die moralischen Konzepte, die Unterschiede der Geschlechter und Kontexte der Eltern mit Kindern mit ADHS zum Thema Verabreichung von Ritalin. Sie soll aufzeigen, welche Schwierigkeiten Eltern über die Entscheidung zur Abgabe von Ritalin haben und wie sie zu der ethischen Entscheidungsfindung gelangen. Dabei werden auch die kleinen täglichen Entscheidungen über die Höhe der Dosis beleuchtet.</p>
Hintergrundliteratur	<p>Die Autorin diskutiert verschiedene frühere Publikationen zum Thema ethische Grundsätze über die Abgabe von Medikamenten. Die Authentizität des Kindes sei durch die</p>

	Einnahme von Ritalin in Frage gestellt (Brock, 1998; zit. nach Singh, 2005, S. 35). Singh (2005) zeigt, dass spezifische Studien über die moralischen Konzepte und Schwierigkeiten der Personen, welche die ethische Entscheidung treffen müssen, fehlen. Die Studie ist nicht ergotherapeutisch, hat aber trotzdem Relevanz für das Verständnis für die komplexen Entscheidungen, welche die Eltern im Zusammenhang mit diesem Medikament täglich fällen müssen. Erst durch die Beleuchtung der moralischen Konzepte und Kontexte der Eltern ist die ethische Entscheidungsfindung verständlich.
Design	Der Studie liegt ein Grounded Theory Design zu Grunde. Um die Prozesse und Konzepte zur Entscheidungsfindung zu erforschen, ist das Design korrekt gewählt. Nach dem Forschungsprozess von Glaser und Strauss (1967; zit. nach Law et al. 1998) erschaffen sich die Forscher dadurch einen Einblick in die reale Welt der befragten Personen. Dies entspricht dem Ziel der Studie.
Methoden	Es wurde ein offenes Interview durchgeführt. Um über schwierige Emotionen einfach zu sprechen, nutzten die Forscher Bilder von bekannten Magazinen. Der Vorgang der Interviews ist bildhaft beschrieben.
Stichprobenauswahl	Ein- und Ausschlusskriterien sind klar beschrieben. Die Kinder erfüllen die Diagnosekriterien von Connors Rating Scales, nehmen seit mind. drei Monaten und höchstens seit einem Jahr Ritalin. Die Autorin begründet diesen Zeitraum durch die abgeschlossene Medikamenteneinstellung und durch die präsenteren Erinnerungen der Eltern. Es wurden 22 Mütter und 12 Väter in einem ersten und 17 Mütter und 10 Väter in einem zweiten Durchgang interviewt. Die erste Gruppe von Teilnehmern stammt aus einem klinischen Behandlungssetting, die zweite aus ambulanten ADHS-Organisationen. Die Teilnehmer sind ausschliesslich angloamerikanischer Herkunft und stammen aus Mittelklassenverhältnissen. Die wohlinformierte Zustimmung wurde bei allen Teilnehmern eingeholt. Die Autorin nutzt den Prozess des Theoretischen Samplings um die Reichhaltigkeit und den Umfang der Daten zu erweitern, erwähnt aber nicht ob und wann die Datensättigung erreicht wurde.
Datenerhebung Deskriptive Klarheit Prozedurale Strenge	Der Vorgang des Interviews selber wird klar und bildhaft beschrieben. Es wird nirgends erwähnt, wieviele andere Forscher an den Interviews beteiligt sind, und ob die Eltern einzeln oder zusammen befragt wurden. Die Aufgaben der Forscherin und ihre Beziehung zu den Teilnehmern werden nicht explizit erläutert. Die Forscher wurden vorgängig geschult. Zeit, Ort, Dauer und Menge der Datenerhebung sind nicht bekannt. Es ist nicht ersichtlich welche Strategie für das Festhalten der Daten verwendet wurde.

Datenanalyse Analytische Genauigkeit	<p>Zu Beginn wurde das open coding verwendet um Schlüsselthemen und Kategorien zu bilden. Die Daten wurden nach der constant comparison Methode analysiert. Auf neue Hypothesen reagierten die Forscher flexibel mit dem Prozess des theoretical sampling.</p> <p>Die Autorin bestätigt ihre Ergebnisse immer wieder mit Beispielen von Aussagen der Teilnehmer. Es wird nicht ausdrücklich erwähnt, dass alle Datenergebnisse aufgeführt wurden.</p>
Überprüfbarkeit	<p>Wie genau der Entscheidungspfad für die Kategorien und Codes aussah, ist unklar. Er wird nirgends erwähnt. Der Transformationsprozess ist nur ansatzweise erkennbar.</p>
Theoretische Verbindungen	<p>Die Autorin beschreibt gefundene Konzepte und Kernaussagen über die Entscheidungsfindung und stellt diese zueinander in Verbindung. Die meistgenannten Themen sind: die Authentizität der Söhne, „echte Jungs“ und Erfolgserwartung an Männer, Unterschied Mütter-Väter. Sie stellt dar, worauf die Konzepte basieren, aber auch, dass die Aussagen widersprüchlich sind.</p>
Vertrauenswürdigkeit	<p>Die Triangulierung wurde durch die Beteiligung mehrerer Forscher und verschiedener Quellen (Familien) gewährleistet. In der Schlussfolgerung werden verschiedene Theorien zur Interpretation der Daten beigezogen. Ein member checking wurde nicht erwähnt.</p>
Schlussfolgerungen	<p>Alle beschriebenen Ergebnisse werden in der Schlussfolgerung zusammengeführt und die Wichtigkeit für die ethische Fragestellung hervorgehoben.</p> <p>Die Konzepte hängen von kulturellen Faktoren, Gender Normen, Ansichten von Idealverhalten, Entwicklung, Erfolg und von dem Unterschied von Mutter und Vater ab. Sie zeigt, dass Väter und Mütter verschiedene Ansichten zum Selbst, dem Verhalten und der Störung des Kindes haben. Zudem fließen persönliche Erfahrungen der Eltern über diese Ansichten in die Entscheidungsfindung ein. Die Relevanz für die Ergotherapie wird nicht spezifisch aufgezeigt. Die Angabe von Mattingly (1998; zit. nach Singh, 2005, S. 41) bestätigt die Wichtigkeit, therapeutisch aufmerksam für das wirkliche Lebensgeschehen zu sein. Dies bestätigt Singh (2005) nochmals in ihrer Schlussfolgerung.</p>

11.5 Buchempfehlungen von Elpos

Aust-Claus E., Hammer P.M. **Das ADS-Buch**. Oberste Brink-Verlag, 1999, 300S.

Baer Udo, Barnowski-Geiser W. **Jetzt reden wir!** Beltz Verlag, 2009, 166 S.

Bergmann Susanna. **ADHS**. Tagebuch eines hyperaktiven Kindes

Bernau Sabine. **Hilfen für den Zappelphilipp**. Herder Spektrum, 1995, 185 S.

Binder-Michaelo. **Mein Kind ist doch nicht dumm**. Entwicklungs- und Lernstörungen. Ravensburger Verlag, 1997, 176 S.

Brunsting Monika. **ADS lernen und verstehen**. Wie Heilpädagogik helfen kann SZH Luzern, 2005, 224 S.

Czerwenka Kurt (Hrsg.). **Das hyperaktive Kind**. Ursachenforschung - Pädagogische Ansätze - Didaktische Konzepte Beltz Verlag, 1994, 145 S.

Flick Grad L. **Ganz bei der Sache**. Aufmerksamkeitstraining für impulsive Kinder. Ariston Verlag, 1998, 240 S.

Hartmann Thom. **Eine andere Art, die Welt zu sehen**. Das ADD-Syndrom

Häberli-Näf Ursula. **Sicherer Umgang mit AD(H)S**. Urania Verlag, 2009, 127 S.

Holowenko Henryk. **Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)** Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Beltz, 1999, 104 S.

Kettler Sabine, Wegener Franz. **ADD, ADHD und Ritalin**: Die neue Kreativität - Mehr Erfolg mit Hyperaktivität KFVR, 2000, 94 S.

Krause Johanna, Dr. med. Psychiaterin. **Leben mit hyperaktiven Kindern** Piper, 1996, 112 S.

Neuhaus Cordula. **Das hyperaktive Kind und seine Probleme**. Ravensburger Verlag, 1996, 224 S.

Parson Fred. **Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders**. Campus Verlag, 1998, 175 S.

Schäfer Ulrike. **Musst du dauernd rumzappeln?** Die hyperkinetische Störung: Ratgeber. Hans Huber, 1998, 89 S.

Schmidt-Rönhild, 1997, 161 S. **Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun?** Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V. (Hg.), 1996, 173 S.

Spallek Roswitha. **Grosse Hilfe für kleine Chaoten**. Walter Verlag, 2000, 247 S.

Spallek Roswitha. **Aufmerksamkeitsstörung! Was nun?** (Themenschwerpunkt Erwachsene) BVdE Verlag, 1999, 100 S.

Stark-Städele Jeanette. **Familie und AD(H)S.** Urania Verlag, 2007, 127 S.

Stein Arnd. **Wenn Kinder aggressiv sind.** Kösel Verlag, 1997, 167 S.

Thierstein Claudia. **Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag.** POS, ADS und HKS. Paul Haupt Verlag, 1998, 184 S.

Walter Ursula. **Mein liebes Teufelchen.** Verlag Gesundheit, 1992, 100 S.

Wender Paul H. **Das hyperaktive Kind.** Ravensburger Verlag, 1991, 104 S.

Wilkes Johannes. **Der kleine AD(H)S-Therapeut.** dtv, 2009, 143 S.

Wolf-Wedigo Wolfram. **Hyperaktive und unruhige Kinder im Kindergarten** Herder Verlag, 1998, 192 S.

12. Literaturverzeichnis

- ADHS Schweiz. (2011). *Sogenannte Diagnosekriterien*. Retrieved from http://www.adhs-schweiz.ch/ADHS_2.htm
- American Psychological Association. (2010). *Publication of the American Psychological Association (6th ed)*. Washington, DC : Author.
- Bader, M., Pierrehumbert, B., Junier, L. & Halfon, O. (2005). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/shop/00054/00184/index.html?lang=de> (21.4.2011).
- Baker, D.B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 46-50.
- Becker, H. & Steding-Albrecht, U. (2006). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Thieme: Stuttgart.
- Brown, S. M., Humphry, R. & Taylor, E. (1997). A model of the nature of family–therapist relationships: Implications for education. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 597–603.
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2010). *Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung*. Retrieved from <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:34/lang:deu>
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Chu & Reynolds. (2007). Part 1: a Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(9), 372-383.
- Chu & Reynolds. (2003). Occupational therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey on the level of involvement and training needs of therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 209-218.
- Conlon, K. E., Strassle, C. G., Vinh, D. & Trout, G. (2008). Family management styles and ADHD: utility and treatment implications. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 181-200.
- Cronin, A. (2004). Mothering a Child With Hidden Impairments. *The American Journal of Occupational Therapy*, (58)1, 83-92.
- Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 60-72.

Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R. & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 188-205.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2010). *ICD-10-GM Version 2010*. Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm>

Du Paul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T.L. & VanBakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.

Elpos Schweiz. (2011). *Was ist POS/AD(H)S?*. Retrieved from http://www.elpos.ch/pos_adhs.htm

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. Retrieved from <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=40&ID=16>

Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Berlin: Springer.

Fichtner, A., Brügggen, S. & Huber, B. (2005). *Elternberatung nach dem Kanadischen Modell. Ein Leitfaden für Ergotherapeuten*. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Firmin, M. & Philips, A. (2009). A Qualitative Study of Families and Children Possessing Diagnoses of ADHD. *Journal of Family Issues*, (30)9, 1155-1174.

George, S. (2002). *Praxishandbuch COPM. Darstellung des COPM und Entwicklung eines Praxisleitfadens zur Durchführung des Interviews in der neurologischen* Idstein: Klinik Schulz-Kirchner.

Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centered practice in pediatric occupational therapy: a review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24.

Humphry, R. (1989). Early intervention and the influence of the occupational therapist on the parent-child relationship. *American Journal of Occupational Therapy*, 43(11), 738-742.

Johnston, C. & Mash, E. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, (4)3, 183-207.

- Johnston, C., Mah, J. & Regambal, M. (2010). Parenting Cognitions. Treatment Beliefs as Predictors of Experience Using Behavioral Parenting Strategies in Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 41, 491-504.
- Kaplan, B., Crawford, S., Fisher, G. & Dewey, D. (1998). Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *Journal of Attention Disorder*, 2, 209-216.
- Kendall, J. & Shelton, K. (2003). A Typology of Management Styles in Families With Children With ADHD. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 257-280.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. Retrieved from <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualform.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. Retrieved from <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantform.pdf>
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress, illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-328.
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R. & Friedman, J. L. (2004). The Relation Between Parental Coping Styles and Parent-Child Interactions Before and After Treatment for Children With ADHD and Oppositional Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 158-168.
- Miranda, A., Grau, D., Rosel, J. & Melia, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505.
- Neuhaus, C. (2002). *Das hyperaktive Kind*. Stuttgart: Urania Verlag.
- Pappas, D. (2006). ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24, 172-178
- Patienteninformation Arzneimittelkompendium der Schweiz. (2006). *Ritalin®/-SR/-LA*. Retrieved from <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=de&MonType=pi>
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung- Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Hans Huber.
- Roger, M., Wiener, J., Marton, I. & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.

- Roten, J. & Buonocore, E. (2003). *Hilfen bei der Erziehung eines Kindes mit POS/ADHS*. In Elpost (Hrsg.), Vom Umgang mit POS/ADS-Kindern (S. 8-15). Wangen b. O.: Elpos Schweiz.
- Rostain, A.L., Power, T.J. & Atkins, M.S. (1993). Assessing parents' willingness to pursue treatment for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 175-81.
- Sass, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Seifert, M. (2003). Mütter und Väter von Kindern mit Behinderung. Herausforderungen-Erfahrungen-Perspektiven. In U. Wilken & B. Jeltsch-Schudel (Hrsg.), *Eltern behinderter Kinder. Empowerment-Kooperation-Beratung* (S.43-58). Stuttgart: Kohlhammer.
- Segal, R. & Frank, G. (1998). The construction of family occupations: a study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 286-292.
- Singh, I. (2005). Will the real Boy Please behave: Dosing Dilemmas for Parents of Boys with ADHD. *The American Journal of Bioethics*, 5(3), 34-47.
- Steinhausen H.C. (2005). *Die Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitäts-Störung. Empfehlungen*. Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich.
- Strahm, C. D. (2008). *Parents' experience raising a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010155120&site=ehost-live>
- Taylor, C. M. (2007). *Evidence-based Practice for Occupational therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Thompson, K. M. (1998). Early intervention services in daily family life: mothers' perceptions of 'ideal' versus 'actual' service provision. *Occupational Therapy International*, 5(3), 206-221.
- Treacy, L., Tripp, G. & Baird, A. (2005). Parent Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 36(3), 223-233.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.
- Winter, B. & Arasin, B. (2009). *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart: Thieme.

Zentrales ADHS-Netz. (2011). *FAQ's Ursachen*. Retrieved from http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/faqs.php?sess_id=b3376bd8f40fc98d2ee89c22ebff8826&id_cat=2&site=mehr&link_id=%3B3%3B2%3B

12.1 Abbildungsverzeichnis

Abb 1: Titelbild. (2011). Retrieved from www.hermannsburg.de/rathaus/finanzen-jugend-und-soziales/familienbuero/index.html

Abb 2: Delineation Model of Practice: Chu & Reynolds. (2007). Part 1: a Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(9), 373.

Abb 3: Inhalte Danforth, J. S., Harvey, E., Ulaszek, W. R. & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 188-205.

Abb 4: Behandlungspfad: Chu & Reynolds. (2007). Part 1: a Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(9), 380.